Nr 25 | 20 czerwca 1937 | Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr Jerzy JASIEŃSKI. Ordynator Oddziału. Kraków.

Przypadek resekcji prawego płata wątroby.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza w Krakowie.

Mija lat 50 od pierwszej resekcji wątroby wykonanej przez Eschera. W ciągu pierwszego dwudziestopięciolecia, jak wynika z zestawienia Thöle, wykonano 202 resekcje wątroby, z których 168 zakończyło się pomyślnie. Zestawienie to wszakże, ściśle rzecz biorąc, jest zbyt dokładne, przez co nie odpowiada prawdziwemu stanowi rzeczy; obok bowiem 60 rozległych resekcyj miąższu wątroby obejmuje również zabiegi wykonane na guzach uszypułowanych i wycinki próbne pobierane do badania. Znajdujemy też w nim jedyny tego rodzaju przypadek, ogłoszony przez polskiego autora. Thöle wspomina, że w roku 1898 na Zjeździe Chirurgów Niemieckich doniósł Kader o wykonanej przez się z powodu bąblowca resekcji wątroby z zejściem niepomyślnym, chory zmarł bowiem w trzecim dniu po operacji z powodu ostrego zaniku żółtego wątroby, wywołanego zatruciem chloroformem i jodoformem. Drugie dwudziestopięciolecie, na podstawie dostępnego mi piśmiennictwa sądząc, jeśli o ilość operowanych przypadków chodzi, przedstawia się jeszcze skromniej, 24 bowiem tylko autorów [1]) wykonało 26 resekcyj wątroby. Wobec mnóstwa kazuistycznych doniesień klinicznych i sekcyjnych dotyczących guzów wątroby ilość przypadków, w których usunięto guz doszczętnie, stanowi więc tylko znikomy odsetek, mimo iż w olbrzymiej ilości przypadków operowanych, w ostatnich czasach zwłaszcza, uzyskano doraźnie wyleczenie, a w przypadku Wendela po wycięciu całego płata wątroby z powodu raka udało się przedłużyć życie choremu nawet na przeciąg lat dziewięciu.

Nie wiem, czy winy takiego stanu rzeczy nie należy przypisać samym podręcznikom, i co gorzej, podręcznikom chirurgii operacyjnej. Czytając bowiem o przygotowaniach do resekcji wątroby i niebezpieczeństwach z nią związanych, przy największej nawet odwadze osobistej i silnych nerwach nie podobna na zawsze wyzbyć się uczucia lęku przed tym zabiegiem.

Podręczniki mówią przede wszystkim o złym dostępie do wątroby i konieczności uciekania się do wyszukanych kaleczących cięć powłoki. Omawiając na wstępie ułożenie chorego, podkreślają konieczność uniesienia ponad poziom górnej części tułowia dla zmniejszenia niebezpieczeństwa związanego z możliwością powstania zatoru powietrznego drogą żył wątrobowych. Podkreślają, że już przed zabiegiem należy uzbroić się jak najdokładniej przeciw głównemu niebezpieczeństwu — krwawieniu i skrwawieniu się chorego i polecają w tym celu trzymać w pogotowiu drugi zespół operacyjny dla zaciśnięcia tętnicy głównej i doraźnego zastosowania infuzji dożylnej albo przeprowadzenia przetaczania. Od miejsca usadowienia i wielkości guza stwierdzonego po otwarciu brzucha czynią znów zależnymi dalsze przygotowania do zabiegu: uprzednie wypreparowanie bądź wspólnej, bądź też jednej z gałęzi tętnicy wątrobowej i zaciśnięcie jej chwilowe lub podwiązanie. Zalecają ponadto zaciskanie tętnicy głównej w razie niebezpieczeństwa skrwawienia się chorego, a więzadła wątrobowo-dwunastniczego wraz z żyłą wrotną w razie szczególnego niebezpieczeństwa. Mówią o konieczności stosowania w czasie zabiegu płynów tamujących krwawienie miąższowe, gdyż ułatwiają one odnalezienie świateł krwawiących wielkich naczyń. Podkreślają znaczenie powolnego przecinania wątroby i natychmiastowej tamponady rany dla zapobieżenia zatorowi powietrznemu. Przestrzegają wreszcie przed zbyt mocnym ściąganiem nitek katgutowych w czasie wiązania szwów ze względu na kruchość miąższu wątroby i możliwość przecięcia zeszywanych brzegów rany przez nitkę.

W rażącej sprzeczności z rzeczywistością wydaje się pozostawać fakt, że mimo iż żaden z chirurgów nie posiada dostatecznego doświadczenia osobistego, skoro niewielu tylko miało sposobność przeprowadzenia tego zabiegu dwukrotnie, polecane są różnorodne metody resekcji wątroby i wiele sposobów zakładania szwów dla tamowania krwawienia i zeszycia rany.

Wielu autorów, w sprzeczności z uzyskanymi niewątpliwie w poszczególnych doniesieniach kazuistycznych dobrymi wynikami leczniczymi, wyraża się o rokowaniu po zabiegu bardzo oględnie lub twierdzi, że właściwie nie podobna o nim wnioskować na podstawie dotychczasowych doświadczeń i podkreśla konieczność poważnego rozważenia w każdym poszczególnym przypadku, co dla chorego okazać się może bardziej korzystnym, czy ciężki zabieg, czy też powstrzymanie się od operacji.

Jeśli dodam jeszcze do tego, że szereg podręczników w ogóle nie wspomina o możliwości resekcji wątroby, że fizjolodzy na każdym kroku podkreślają ważność wątroby dla życia, a patolodzy — wielkie niebezpieczeństwa związane z jej uszkodzeniem, to przyczyny niewielkiej ilości zabiegów przeprowadzonych na wątrobie stają się chyba zupełnie zrozumiałe. Niewielu tylko lekarzy wie o tym, że wątroba może być uważana za narząd niejako parzysty, gdyż płaszczyzna przeprowadzona przez okolicę woreczka pozwala ją rozdzielić na dwa płaty, odpowiadające dość ściśle podziałowi gałązek prawej i lewej tętnicy wątrobowej i że można usunąć wraz z guzem połowę lub nawet 2/3 wątroby (przypadek Wendela) i nie tylko utrzymać chorego przy życiu, lecz nawet przedłużyć mu życie na długie lata.

Przed kilku tygodniami miałem sposobność wykonać niecodzienny ten zabieg z powodu guza wątroby.

Chodziło o chorą, lat 33, która od trzech lat miewała bóle w dołku podsercowym, a od pół roku odczuwała bóle w podżebrzu prawym, nie pozostające w związku z przyjmowaniem pokarmów. W ostatnich czasach straciła na wadze 20 kg. Dziedzicznie nie była obciążona. Rodziła trzy razy. Pierwsze dziecko zmarło w dziewiątym miesiącu życia z powodu zapalenia mózgu; drugie zmarło w trzecim miesiącu życia z powodu pęcherzycy; trzecie dziecko żyje, jest zupełnie zdrowe i ma dziś dwa lata. Ostatnio poroniła w trzecim miesiącu. Rzekomo nigdy dotąd nie chorowała i nie leczyła się. Badanie narządów klatki piersiowej nie wykazało żadnych odchyleń od normy. Brzeg wątroby znajdował się o trzy palce poniżej łuku żebrowego, przy czym w miejscu odpowiadającym woreczkowi można było wyczuć obecność twardego guza, wielkości mandarynki, pozostającego w związku z wątrobą. W osadzie moczu znaleziono nieliczne krwinki i leukocyty. Badanie krwi wykazało 4.540.000 cz. ciałek i 13.200 ciałek białych w 1 mm³; ilość Hb wynosiła 80%, a wskaźnik 0.89. Biały obraz krwi: leukocytów obojętnochłonnych segment. 76%, pałeczk. 12%, młodych 2%, limfocytów 7% i jednojądrzastych 3%. Odczyn Wassermanna i Meinickego z krwi wypadły słabo dodatnio. Prześwietlenie przewodu pokarmowego (Dr Adamowicz): żołądek na czczo próżny, hipotoniczny, dolną swą krzywizną sięga na szerokość dłoni poniżej grzebieni kości biodrowych, posiada gładkie ściany. Prawe podżebrze zajęte jest przez bolesny opór. Opuszka dwunastnicza duża, wypełnia się prawidłowo. W części zstępującej dwunastnicy widoczne jest zaleganie treści i ruchy antyperystaltyczne. W 7 godzin po jedzeniu żołądek jest zupełnie opróżniony, papka znajduje się w ostatniej pętli jelita biodrowego, oraz wypełnia okrężnicę po zagięcie śledzionowe. Zagięcie wątrobowe jest wyraźnie obniżone. Po 12 godzinach okrężnica wypełnia się zupełnie równomiernie. Opuszka dwunastnicza gorzej wydala również po dopełnieniu. Na ślepym zdjęciu rentgenowskim nie stwierdzono w okolicy woreczka obecności cieniów patologicznych. Przy cholecystografii woreczek prawidłowo się wycieniował. Stwierdzono natomiast wybitne opóźnienie opróżniania się woreczka z treści — po 40 bowiem jeszcze godzinach zawierał on treść kontrastową. Nie wykazano w nim jednak obecności złogów mineralnych.

---

[1]) Toupet, Duval, Aubertin, Chalier i Martin, Brechot, Riche, Lenormant, Schimpert, Mc Arthur, Jeomans, Bundschuk, Wendel, Ljubarsky, Ewdokirnow, Soupault, Nicod i Pachoud, Lambert i Caron, Baumgartner, Hicks, Rausonoff, Bielajew-Afanasow, Martin B., Tinker i Peck.

W uśpieniu ewipanowym, w ułożeniu chorej jak do operacji woreczka żółciowego, otwarłem jamę brzuszną cięciem łukowatym, przecinając poprzecznie prawy mięsień prosty. Wyczuwalny przez powłoki guz był guzem wątroby. Zajmował on całą niemal grubość jej miąższu w miejscu odpowiadającym przebiegowi woreczka żółciowego, wypukłał nieco górną powierzchnię wątroby, nie dochodząc wszakże bezpośrednio do jej powierzchni ani też do wolnego, silnie ścieńczałego jej brzegu. Posiadał wielkość pięści, miał kształt zbliżony do kulistego i wydawał się ściśle odgraniczony od otoczenia. Powierzchnia dalszych części wątroby przedstawiała się zupełnie prawidłowo. Przylegający niemal do guza woreczek żółciowy nie wykazywał żadnych zmian widocznych gołym okiem. Nie stwierdziłem też żadnych zmian zarówno w sąsiednich, jak i odległych narządach jamy brzusznej, ani też powiększenia gruczołów chłonnych, znajdujących się we wnęce wątroby. Jednostajna, wybitnie twarda spoistość guza nasuwała na myśl rozpoznanie wczesnego stosunkowo okresu rozwoju pierwotnego raka wątroby, nadającego się do zabiegu doszczętnego. Ze względu na to, że guz przylegał na całej niemal przestrzeni do woreczka żółciowego i kończył się w pobliżu jego szyjki, postanowiłem usunąć go w granicach zdrowego miąższu wątrobowego wraz z woreczkiem. W tym celu uwolniłem najpierw szyjkę woreczka, podwiązałem i przeciąłem przewód i tętnicę woreczkową i oddzieliłem dolną część woreczka od wątroby na niewielkiej przestrzeni. Następnie nożem elektrycznym wyciąłem część płata wątroby, obejmującego guz i woreczek, w kształcie klina, którego podstawę stanowił wolny brzeg wątroby, szczyt zaś znajdował się w głębi jej miąższu mniej więcej na poziomie kikuta przeciętego przewodu woreczkowego. Szerokość podstawy wyciętego klina wynosiła 13 cm, długość jego brzegów bocznych po 15 cm. Doraźne tamowanie krwawienia w czasie zabiegu ograniczało się do lekkiego ucisku, wywieranego przez ręce asystentów na miąższ wątroby w pobliżu linii cięcia i na uciskaniu ręką pokrywających przeciętą powierzchnię wątroby chustek. Klin wyciąłem szybko, okłułem krwawiące wielkie naczynia otwarte w miejscu szczytu klina w najgłębszych punktach rany, po czym, po zbliżeniu do siebie brzegów powstałego wielkiego ubytku, założyłem 4 szwy przez całą grubość wątroby w odległości 2 cm od każdego z brzegów rany i, wiążąc je następnie na górnej powierzchni wątroby, przywróciłem ciągłość wątroby. Pomiędzy tymi szwami, znajdującymi się w odległości 3 cm od siebie, zarówno na górnej, jak i dolnej powierzchni wątroby, założyłem po 5 dodatkowych szwów powierzchownych, sięgających w głąb miąższu wątroby nie dalej jak na 2—3 cm, zespalając w ten sposób ze sobą zupełnie ściśle brzegi rany. Mimo zupełnie dokładnego zatamowania krwawienia — pokryłem obydwie linie szwów wąskimi pasmami gazy, wyprowadzając je po zaszyciu brzucha w dolnym biegunie rany. Sączki te usunąłem w ósmym dniu po operacji, równocześnie z wyjęciem szwów skórnych.

Chora zniosła zabieg zupełnie dobrze i nie potrzebowałem uciekać się do stosowania infuzji dożylnej, ani też do transfuzji. Przeprowadzone po 2 dniach badanie krwi wykazało spadek ilości krwinek czerwonych o pół miliona, hemoglobiny zaś o 20%. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy i zupełnie gładki. Rana poza miejscem sączka zagoiła się doraźnie, miejsce po sączku po trzech tygodniach, przy czym w tym czasie ani razu nie stwierdziłem wydobywania się żółci przez ranę. Brak też było objawów świadczących o niedomodze czy zaburzeniu czynności wątroby; przeprowadzone w tydzień po zabiegu badanie krwi nie wykazało w niej obecności nadmiernej ilości azotu, nadmiernej ilości żółci, w moczu zaś nie stwierdzono barwików żółciowych ani urobilinogenu. Stan chorej, dobry od pierwszej chwili, poprawia się z dnia na dzień, i dziś, w 8 tygodni po zabiegu, można już twierdzić z pewnością, że nie grozi jej życiu żadne niebezpieczeństwo.

Guz na przekroju miał wygląd jednostajny, słoninowaty, posiadał spoistość jednostajnie twardą, co zdawało się w zupełności potwierdzać kliniczne rozpoznanie raka, które skłoniło mnie do wykonania zabiegu. Jednakże przeprowadzone badanie histologiczne wykazało, iż miałem do czynienia z kilakiem. W badanym mikroskopowo wycinku budowa wątroby była zupełnie zatarta. Dobrze utrzymane komórki wątrobowe, nie wykazujące większych zmian mikroskopowych, znajdowały się jedynie w przybrzeżnych częściach wycinka. Guz składał się z ognisk tkanki ziarninowej, złożonej już to z fibroblastów, już to z komórek okrągłych limfoidalnych i plazmatycznych, układających się dokoła naczyń, już to z komórek nabłonkowatych o postaci komórek wrzecionowatych. Miejscami były też widoczne komórki olbrzymie o typie komórek Langhansa. Na obwodzie ogniska, niezbyt ostro odgraniczonego od otoczenia znajdowała się w obfitej ilości tkanka łączna włóknista, wnikająca pomiędzy otaczające ją beleczki wątroby. Tu i ówdzie wreszcie pośród tkanki ziarninowej stwierdzono obecność drobnych ognisk martwiczych o charakterze martwicy serowatej, przy czym utkanie włókniste odpowiadające zarysom naczyń było i w tych partiach częściowo zachowane.

Opisany przypadek, w którym wykonałem resekcję wątroby rozpoznając raka, podczas gdy w rzeczywistości chodziło o kilaka, nie jest bynajmniej jedynym w piśmiennictwie. Do roku 1913 zebrał T h ö l e 29 resekcyj wątroby z powodu kilaków, przeprowadzonych przez 24 chirurgów (A b b e, B a s t i a n e l l i, B i e r, C u m s t o n, G a r r e, F r o e l i c h, J o n n e s c u, J u k e l s o n, K ö r t e, K r o n, K ü m m e l, M c L a r r e n, L a u e n s t e i n, L e g u e u, L ü c k e, N a u m a n n, P a l a c i o, R a n a m, R i n n e, S c h m i d t, T h o m p s o n, T r i c o m i, T u f f i e r, U l l m a n n i W a g n e r). T r i c o m i bowiem i L e g u e u popełnili ten błąd, jeśli go tak nazwać można, dwukrotnie, a M c L a r r e n czterokrotnie. Wielu chirurgów, osobiście niezaangażowanych w tej sprawie, nie uważa, aby w tych przypadkach postąpiono błędnie.

W żadnym z tych przypadków nie ustalono przed zabiegiem właściwego rozpoznania. Wprawdzie w 8 przypadkach na podstawie wywiadów można było wnioskować o kile, a chory operowany przez L e g u e u na dwa lata przed zabiegiem przeszedł leczenie przeciwkiłowe z powodu kilaka szyi. Ponieważ jednak nie każdy guz stwierdzany u osobnika dotkniętego kiłą musi być kilakiem — przystąpiono do zabiegu i, rozpoznając raka, operowano wątrobę.

Że u chorego z dodatnim odczynem Wassermanna może wystąpić rak wątroby, świadczy o tym wielokrotnie przytaczany w piśmiennictwie przypadek A l b e r t a-H o c h e n e g g a. W czasie przeprowadzanego leczenia swoistego guz wątroby, uważany za kilaka, powiększył się bardzo znacznie. Po otwarciu zaś brzucha okazało się, że zabieg był spóźniony, gdyż chodziło o raka, który ze względu na wielkie swe rozmiary nie nadawał się już do operacji. Stąd szereg autorów twierdzi, że gdy guz wątroby nie zmniejszy się wybitnie pod wpływem przeprowadzonego w ciągu 4 tygodni leczenia przeciwkiłowego, to mimo dodatniego odczynu Wassermanna winniśmy wykonać laparotomię. Podkreśla przez to konieczność zabiegów wczesnych z tego przede wszystkim względu, że, jak wykazało doświadczenie kliniczne, dość często ze szkodą dla chorego zbyt długo przeprowadzano leczenie przeciwkiłowe. W przypadkach tych zaś tylko wczesne rozpoznanie nowotworu złośliwego i wczesny zabieg mogły chorego uratować.

Niewłaściwe rozpoznanie raka wydawać się mogło szczególnie uzasadnione z tych zwłaszcza spośród operowanych przypadków kilaków wątroby, w których rzucało się w oczy znaczne wychudzenie chorego, przypominające charłactwo nowotworowe. Tak chory C u m s t o n a stracił w ostatnich czasach na wadze 15 kg, moja chora 20 kg.

Zresztą wszystkie podręczniki podkreślają zgodnie, że rozstrzygnięcie na podstawie przeprowadzonego badania klinicznego, czy chodzi o guz dobrotliwy, czy też o złośliwy guz wątroby w większości przypadków jest zupełnie niemożliwe. Toteż jako ostateczny rozpoznawczy środek pomocniczy, zalecaną jest w tych przypadkach próbna laparotomia. Samo jednak otwarcie brzucha rzadko tylko pozwala na ustalenie właściwego rozpoznania. Nawet przy badaniu sekcyjnym rozpoznanie różniczkowe między rakiem a kilakiem może się okazać zupełnie niemożliwym, jak się to zdarzyło w przypadku G o n g e t a. Po otwarciu brzucha możemy rozstrzygnąć na pewno, iż mamy do czynienia z kilakiem w tych tylko przypadkach, w których obok guza stwierdzamy bliznowate zaciągnięcia brzegu i powierzchni wątroby i wybitne zgrubienie jej torebki. W żadnym jednak z operowanych przypadków nie znaleziono zmian tego rodzaju; wątroba poza miejscem guza przedstawiała się zupełnie prawidłowo. Szczególne trudności rozpoznawcze nastręczać musiały przypadki, w których guz nie dochodził do powierzchni wątroby, lecz znajdował się w głębi miąższu, jak to znalazłem u operowanej przeze mnie chorej.

Wiemy o tym, że dobrotliwe guzy wątroby nie należą bynajmniej do częstszych od złośliwych i że pierwotne raki i mięsaki wątroby wyjątkowo napotkać możemy w okresie wczesnym, w którym nadają się do operacji, gdy zabieg doszczętny technicznie jest jeszcze wykonalny. Stwierdzając po otwarciu brzucha obecność guza wątroby nigdy nie możemy być pewni, czy nie mamy do czynienia z rakiem. Makroskopowe bowiem odróżnienie dobrotliwych od złośliwych guzów wątroby jest zupełnie niemożliwe. Z tego też względu niektórzy polecają w przypadkach niejasnych pobrać wycinek próbny z guza, zbadać go podczas zabiegu i na podstawie uzyskanego wyniku oprzeć dal-

sze swe postępowanie: pozostawić kilaka, wyciąć zaś część wątroby przy raku. Pomijając już to jednak, że pobranie wycinka z guza usadowionego w głębi miąższu wątroby nie jest bynajmniej proste, że w przypadkach raka przedłuża tylko niepotrzebnie zabieg i naraża chorego na utratę większej ilości krwi — również badanie mikroskopowe wycinka próbnego nie zawsze jest pewne i częstokroć nie pozwala na pewny wniosek. Stąd zdaniem Bergmanna, Ahlenstiela, Körte i Jenckela w przypadkach, w których po otwarciu brzucha u chorego dotkniętego kiłą nie możemy rozstrzygnąć czy mamy do czynienia z kilakiem wątroby, czy też z rakiem lub mięsakiem, winniśmy bezwarunkowo wyciąć guz, nie badając go uprzednio histologicznie, jeśli tylko nadaje się do zabiegu. Lepiej jest bowiem usunąć niepotrzebnie kilaka wątroby, niż pozostawić ognisko pierwotnego raka, które mogło być usunięte doszczętnie. Ustalenie wskazania do zabiegu zawsze w tych przypadkach jest połączone z pewnym ryzykiem. I to nie tylko dlatego, że zawsze możliwe jest pomieszanie kilaka z guzami innego rodzaju. Znacznie większe jeszcze kryje w sobie niebezpieczeństwo przyjęcie znalezionego w wątrobie przerzutu nowotworowego za pierwotnego raka wątroby; przeprowadzenie w tego rodzaju przypadkach ciężkiego zabiegu operacyjnego na wątrobie jest bowiem nie tylko zbyteczne, ale zupełnie bezcelowe i raczej szkodzi, miast pomóc choremu.

Zastrzeżenia te, zupełnie słuszne wobec przypadku przerzutu nowotworowego do wątroby, nie mogą znaleźć zastosowania dla tych przypadków, w których wykonano resekcję wątroby z powodu kilaka. Większość autorów podnosi bowiem, że pewne postacie kiły wątroby winny być leczone operacyjnie, że kilaki stanowią niekiedy wskazanie do resekcji wątroby.

Wobec tego, iż leczenie swoiste przy kilakach wątroby nie daje pewnych wyników, König, Kron i Thöle polecają operować wątrobę mimo rozpoznania kilaka, jeśli tylko usadowienie guza nie czyni zabiegu zbyt ciężkim i niebezpiecznym. Zdaniem ich zabieg jest szczególnie potrzebny w tych przypadkach, w których guz ze względu na wielkie swe rozmiary lub szczególne usadowienie ciśnie na przewód żółciowy wspólny, żyłę wrotną lub jeden z odcinków przewodu pokarmowego, pociągając za sobą wystąpienie szeregu poważnych zaburzeń. W tego rodzaju przypadkach ma być nawet uzasadnione usunięcie jednego z kilaków, choćby w wątrobie znajdowała się większa ich ilość i zabieg doszczętny był technicznie niewykonalny. Zdaniem Hellera winny być usuwane operacyjnie duże kilaki w przypadkach, w których zabieg nie przedstawia niebezpieczeństw dla chorego, z tego względu, iż guz mieści się w odsznurowanym odcinku jednego z płatów wątroby. Zabieg jest zupełnie uzasadniony, gdyż duże kilaki trudno poddają się leczeniu swoistemu, a usunięcie dużego ogniska krętków jest korzystnym dla ustroju.

Resekcja wątroby w przypadkach kilaków pozwoliła zresztą na uzyskanie dobrych wyników leczniczych pociągając za sobą niewielką, bo wynoszącą zaledwie 1,7% śmiertelność pooperacyjną (przypadki: Wagnera, Triomi, Lauensteina, Rinne, Ortha i Tuffier). Wszelkie zaś zarzuty, wysuwane ongiś przeciw leczeniu operacyjnemu tych przypadków, są zupełnie niesłuszne. Okazało się, że rana operacyjna u osobników kiłowych dobrze się goi, że w linii cięcia nie występuje martwica, ani też nie powstają nowe kilaki i że w czasie zabiegu zatamowanie krwawienia mimo większej rzekomo kruchości naczyń nie przedstawia większych trudności, niż u osobników zdrowych. We wszystkich wszakże przypadkach w przebiegu pooperacyjnym przeprowadzono energiczne leczenie przeciwkiłowe. Również próbne otwarcie brzucha nie przyniosło szkody żadnemu z chorych; co więcej nawet, niektórzy usiłowali przypisać mu pewne korzyści. Mało prawdopodobne i zupełnie niezrozumiałe są jednak te spośród doniesień, z których zdawało by się wynikać, że w szeregu przypadków kiły wątroby przeprowadzone leczenie swoiste okazało się zupełnie bezskutecznym, powtórzone zaś po próbnym otwarciu brzucha doprowadziło do zniknięcia guza. Spostrzeżenia te dały nawet powód Payrowi do wyrażenia przypuszczenia, że samo otwarcie brzucha, podobnie jak przy gruźlicy otrzewnej, może okazać w tych przypadkach wynik leczniczy.

Piśmiennictwo:

Thöle: Chirurgie der Lebergeschwülste. Neue Deutsche Chirurgie. Nr 7. 1913. — Nicod, Paschaud: Schweiz. Mediz. Wochschr. 1929. — Ljubarsky: Zentralblatt f. Chir., 54, 279, 1927. — Ewdokimow: Wraczebnaja Gazieta. Nr 16, 1927. — Hicks: Canad. Med. Asoc. 1929, ref. Zentralorgan f. Chir. 46, 1929. — Afanasow: Ztrbl. f. Chir. 77, 1936. — Martin B. Tinker: Annals of Surgery. 102. Nr 4. 1935. — Keen: Annals of Surg. 30, 1899. — Mc Arthur: Annals of Surg. 42, 1905. — Jeourans: Journ. Am. Med. Assoc. Vol. 44, 1915. — Kader: Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1898.

Dr Cecylia ROBINSON. Lwów.

Cienie pierścieniowate w płucach i ich znikanie.

Z Instytutu Rentgenowskiego Szpitala Żydowskiego we Lwowie.
Prymariusz: Dr Penzias.

Najrozmaitsze schorzenia płuc mogą dawać rentgenologicznie obrazy łudząco podobne do siebie tak, że we wielu przypadkach pewne rozpoznanie możliwe jest na stole sekcyjnym, i to często dopiero przy badaniu drobnowidowym. Wspomnę tu choćby o wrodzonej rozstrzeni oskrzeli, zwyrodnieniach tkank płucnej, tworach torbielowatych płuc, postaci jamistej raka itd. Niekiedy ułatwią zadanie czas i kliniczny przebieg choroby, jak w przypadku poniżej opisanym.

Dziewczynka 7-letnia, przyjęta na leżalnię (kierownik Dyr. Dr Meisels) dnia 12. VII. 1936. Wywiad rodzinny bez znaczenia. Dziecko dotychczas było zupełnie zdrowe, nie kaszlało, nie przebywało chorób dziecięcych. Przed rokiem prześwietlono klatkę piersiową i żadnych zmian w płucach nie wykazano. Od sześciu tygodni gorączkuje, ciepłota dochodzi do 37.5° bez większych wahań. Mało kaszle, mało odpluwa, nocne poty, brak łaknienia.

Stan obecny. Budowa kośćca odpowiednia, odżywienie liche, klatka piersiowa wąska, długa, zapadnięta, dołki nad- i podobojczykowe wyraźnie zaznaczone, gruczoły szyjne, pachowe pachwinowe powiększone, twarde, z otoczeniem nie zrośnięte. Wypuk: po stronie prawej stłumienie od kąta łopatki w dół, z przodu od linii sutkowej w dół. Wysłuch: po stronie prawej liczne rzężenia, wydech oskrzelowy, chuchający. W miejscu stłumienia brak szmerów oddechowych. Serce, jama brzuszna — bez zmian. Ręka lewa: obrzęk, zaczerwienienie szczególnie w okolicy ostatniego paliczka palca wskazującego. Badanie krwi: leukocytów 9.500, monocytów 3, kwasochłonnych brak, pałeczkowatych 7, segmentowanych 74, limfocytów 15. Odczyn Pirqueta ujemny, Linsenmajer 90. Z rozpoznaniem *pleuritis dextra* przychodzi chora w dwa dni po przyjęciu do prześwietlenia (patrz ryc. 1). Po stronie lewej przy wnęce zagęszczenia i zwapnienia, pole płuca dobrze powietrzne, do wnęki przylega cień pierścieniowaty średnicy około 4 cm, o brzegu zbitym. Po stronie prawej: kąt przeponowo-ścienny ciemny, przepona nieco uniesiona, szczyt słabiej powietrzny, nieco powyżej przepony zbiornik płynu na poziomie przedniego końca IV żebra, na tej samej wysokości w części przywnękowej przebija z głębi duży cień pierścieniowaty; powyżej płuco słabiej powietrzne, około wnęk drobne zagęszczenia, w polu płata górnego widoczne dwa duże pierścienie, ograniczające jamy powietrzne wielkości 3—4 cm, z boku od nich dwa małe, podobne, wszystkie o brzegach cienkich, ostro zarysowanych, w otoczeniu nacieków zapalnych nie widać. *Przebieg*. Leczenie: wapń, leżakowanie. Kilka dni po prześwietleniu stan poprawia się, ciepłota spada do 37°, łaknienie wraca, dziecko przybiera na wadze, kaszel słabnie, nie odpluwa. Kilkakrotne badanie plwociny: włókien elastycznych ani prątków Kocha nie wykazano.

Dnia 23. VII. 1936. Prześwietlenie: płynu w zbiorniku po prawej u dołu znacznie mniej, zresztą stan jak poprzednio (patrz ryc. 2).

Dnia 27. VII. 1936. Pirquet dodatni.

Dnia 5. VIII. 1936. Dziecko czuje się zupełnie zdrowe, ciepłota normalna, chora opuszcza leżalnię.

Dnia 23. IX. 1936 (patrz ryc. 3) prześwietlenie: po stronie lewej pierścieniowaty cień przy wnęce obecnie prawie niedostrzegalny. Po stronie prawej utrzymują się pierścieniowate cienie w polu płata górnego, może nieco mniejsze, brzegi gładkie, cienkie. W polu płata średniego i dolnego cieni pierścieniowatych nie widać, w ich miejscu wzmożony, gęstszy rysunek płuca, jedynie przy samej wnęce widoczna jasna, okrągła przestrzeń średnicy około 15 mm wśród otoczenia bardziej zbitego. Kąty przeponowe wolne.

Dnia 21. I. 1937. Chora zgłasza się do kontroli (ryc. 4): zmian ogniskowych w klatce piersiowej nie stwierdzono, wypuk w okolicy wnęk, szczególnie prawej nieco krótszy, wysłuch: szmery pęcherzykowe. Pirquet wybitnie dodatni, Linsenmajer 120. Badanie krwi: leukocytów 6.800, kwasochłonnych 4%, zasadochł. 1%,

pałeczk. 4%, segmentowanych 34%, monocytów 3%, limfocytów 54%. Ręka lewa: obrzęk, zaczerwienienie palca wskazującego sięgające powyżej nadgarstka. Zdjęcie rentgenowskie ręki (ryc. 5): słabsze uwapnienie kości w okolicy nadgarstka lewego, szpary pomiędzy poszczególnymi kostkami zwężone, struktura kości nieco zatarta. *Multangulum maius* krągłe, porotyczne ubytki.



Ryc. 5.

W styczniu 1937 r. z powodu płonicy przebywa 6 tygodni na Oddziale Zakaźnym Szpitala Państwowego we Lwowie: w czasie choroby i zdrowienia nie stwierdzono żadnych objawów schorzenia płuc.

Pierścieniowate cienie, ograniczające przestrzenie powietrzne bez struktury płuca, zawierające na dnie czasem płyn o poziomie jednakim, odpowiadają najcześciej jamom gruźliczym; należy jednak wykluczyć cały szereg spraw, jak otorbiony *sero-pneumothorax*, nacieki pierwotne, jamy pozorne, rozedmę pęcherzową *(emphysema bullosum)*, ropnie zatorowe, torbiele płuc powietrzne, jamy na tle rozstrzeni oskrzeli.

Sero-pneumothorax wielokomorowy powstaje zazwyczaj przy odmie samoistnej, gdzie powietrze się szybko wchłania (Spengler: *Pneumothorax-Rest-exsudate)*, a klinicznie przedstawia się zwykle jako zapalenie opłucnej, podobnie jak w przypadku opisanym. Rozpoznanie jest ważne, ze względu na leczenie i przeciwwskazanie nakłucia, wprowadzenia powietrza i możność zakażenia: Brauer i Kraus opisują takie przypadki, gdzie dopiero po wielu zabiegach operacyjnych udało się poprawić stan chorego; również Debre i Gilbrin ostrzegają przed zabiegami diagnostycznymi, gdyż przypadki takie kończą się zazwyczaj śmiertelnie.

Przeciwnie Benda opisuje przypadek, gdzie na skutek złego rozpoznania wykonano nakłucie, a stan chorego znacznie się poprawił. W wywiadach naszej chorej nie można się jednak doszukać niczego, co by mogło być przyczyną odmy samoistnej. Dziecko było zdrowe, nie przebyło odry, płonicy, błonicy ani krztuśćca. Brak w wywiadzie urazu. Więc punktu zaczepnego dla tego procesu nie ma, jakkolwiek przyjęcie w tym przypadku rozpoznania odmy z wysiękiem surowiczym ułatwiłoby zrozumienie przebiegu, gdzie przy ujemnym odczynie Pirqueta, leżakowaniu, nastąpiło wchłonięcie powietrza i płynu i zanik jam.

Czasami widuje się *po zapaleniach płuc* pogrypowych *otorbione wysięki* (Assman, Schinz, Libman) o fantastycznych postaciach, przychodzi do wytworzenia się kaskad, stojących nad sobą, gdzie każda jama wykazuje poziom płynu; również po zapaleniach płuc przy resorbcji lub częściowym rozpływaniu się ognisk od środka mogą powstać cienie pierścieniowate, odpowiadające *septycznym lub aseptycznym ropniom:* otoczenie takich jam bywa szeroko nacieczone, gęste, w naszym przypadku brzegi są cienkie, zbite.

Jamy pozorne (pseudokawerny) mają granice przypadkowe: kontury żeber, zrosty opłucnej. Również zdrowe części płuca otoczone tkanką sklerotyczną, albo części rozdęte w otoczeniu zagęszczeń mogą dawać cienie pierścieniowate jam pozornych (Maragliano); charakterystyczną dla nich jest zmienność kształtu, wielkości i zanikanie (Kleinschmidt). W naszym przypadku można by tak tłumaczyć cień pierścieniowaty opisany przy wnęce lewej.

Jamy opisywane *przy emphysema bullosum (rozedma pęcherzowa)* znajdowano zwykle w dolnych częściach płuc; ich wielkość dochodzić może do kilku cm, czasem znikają; opisał je i stwierdził sekcyjnie po raz pierwszy Ariel w r. 1934; Hoffschulter opisuje dwa przypadki *emph. bullosum* z krwioplucіem, które klinicznie uchodziły za gruźlicę, w wywiadzie jednak było *zatrucie gazem*. *Ropnie zatorowe* stwierdza się przy *thrombophlebitis* i *sepsis;* mają ściany zgrubiałe i nacieczone i swoisty przebieg kliniczny. Do rozpoznania jam *bronchiektatycznych* należy kliniczne i rentgenologiczne wykazanie objawów rozstrzeni oskrzeli. Ich obraz jest zmienny zależnie od stanu wypełnienia, obok nich znajduje się zwykle objawy niecharakterystyczne dla nich, jak nacieki, zrosty, retrakcję klatki piersiowej, które są istotną przyczyną powstania rozstrzeni oskrzeli. *Naciek pierwotny*, w którym przyszło do zserowacenia centrum i usunięcia zserowaciałej masy, po ustaniu sprawy zapalnej wokoło, daje w wyniku obraz krągłej jamy o ścianie cienkiej otoczonej zdrową, elastyczną tkanką płucną. Te jamy w przypadkach łagodnych zamykają się i goją z pozostawieniem blizny (Pospisil); wedle Backmeistra 10—15% jam goi się). Stan płuc naszej chorej najbardziej przypomina z obrazu takie jamy; badanie krwi przemawiało za sprawą czynną, opadanie wynosiło 90, odczyn Pirqueta z początku ujemny, po dwu tygodniach stał się dodatni. Można sobie tłumaczyć, że organizm z początku wyniszczony był w stanie anergii, nie reagował, z chwilą poprawy dał odczyn dodatni. Brak zmian przysłuchowych niczego nie dowodzi, tzw. jamy nieme nie należą do rzadkości.

Torbiele powietrzne płuc nie są tak rzadkie, jak rzadko rozpoznawane; ogłoszono dotąd około 80 przypadków. Dzieci dotknięte tą zmianą mogą długo żyć bez znaczniejszych dolegliwości. Stwierdza się je czasem na sekcji jako sprawę uboczną. Morelio znalazł je u człowieka 64-letniego. Objawy występują zazwyczaj, gdy przychodzi do wtórnego zakażenia, które, wedle Lemka, jest rzadkie. W 25% bywają torbiele obustronne, w 25% prawostronne, w 50% lewostronne. Mogą być różnej wielkości, zawierać płyn, mogą komunikować lub nie komunikować z oskrzelem, mają nabłonek oskrzeli, oskrzelików, pęcherzyków płucnych, a więc nabłonek cylindryczny migawkowy, w razie przeciwnym są to limfektazje. Powstają przez zatkanie oskrzelików lub na tle niedorozwoju płuc, często klinicznie nie dają się odgraniczyć od wrodzonych zmian, objętych przez Müllera wspólnym mianem: *twory torbielowate płuc.*

Wedle Glassa i innych autorów jest to wada rozwojowa płuc, której najniższy stopień stanowi rozstrzeń oskrzeli, zwyrodnienie torbielowate (szereg prac Schiebera), zaś w najwyższym stopniu całe płuco stanowi jedną wielką torbiel. Towarzyszą jej zwykle inne zaburzenia rozwojowe (Landy), jak zanik mięśni, wady rozwojowe naczyń i serca. Przy przyjęciu wtórnego zakażenia jam w dolnym płucu prawym mogą one dać obraz zupełnie podobny do opisanego w naszym przypadku z następowym wysiękiem zapalnym, przebiciem do opłucnej pod obrazem *pleuritis*. Jednak przeciw rozpoznaniu tej sprawy przemawia twierdzenie matki, że dziecko rok przedtem prześwietlono i zmian w płucach nie wykazano.

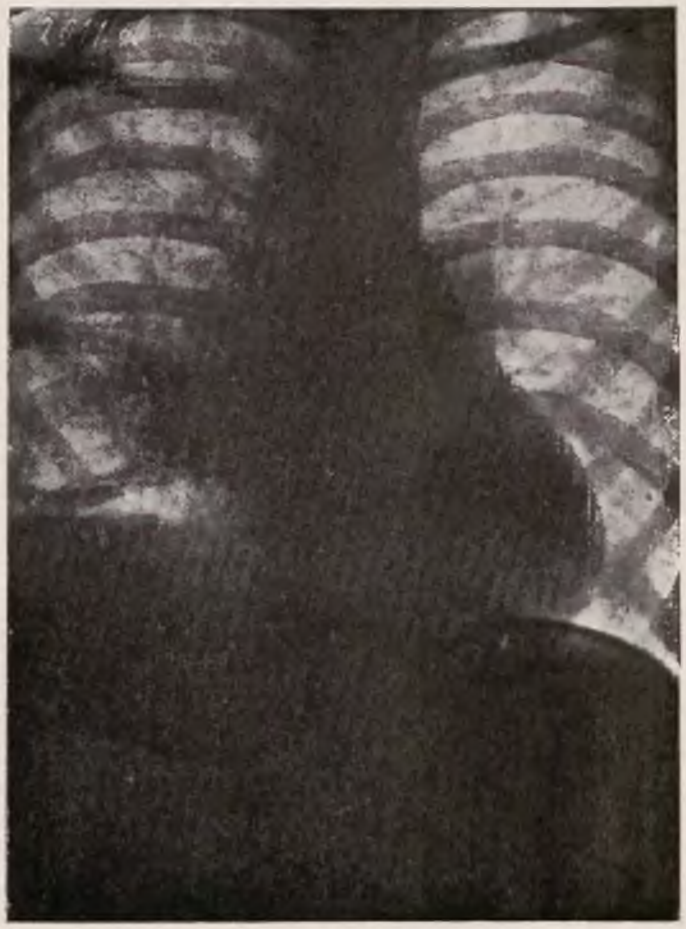
Porównując obraz kliniczny i rentgenowski, jak i przebieg choroby opisanego przez nas przypadku z wszystkimi tu omówionymi schorzeniami, przy których spostrzega się cienie pierścieniowate w płucach, musi się przyjść do przekonania, że mamy do czynienia ze sprawą gruźliczą w drugim okresie Rankego. Prócz cech patognomicznych, które zróżniczkowaliśmy omawiając poszczególne sprawy chorobowe, a które pozwoliły każdą z osobna wykluczyć, przemawia jeszcze za przyjęciem tła swoistego istnienie ogniska gruźliczego w organizmie, w stawie nadgarstkowym. Pod postacią *tbc. cavernans benigna* opisywano sprawy z podobnym przebiegiem. Bo właśnie na szczególną uwagę zasługuje nasz przypadek dlatego, że mimo daleko posuniętych zmian, dużych i licznych jam, w krótkim stosunkowo czasie nastąpiło wyleczenie i prawieże *restitutio ad integrum* tak, że dziecko mogło kilka miesięcy później przebyć szczęśliwie ciężką płonicę bez śladu powikłań ze strony płuc.

Piśmiennictwo:

Klemperer: Neue Deutsche Klinik. — Köhler: Grenzen des normalen u. Anfänge des path. im Rtgenbilde. — Haenisch Holtusen: Einführung in die Rtgnologie. — Kleinschmidt: Zur Rtgdiagnostik der intra und extra-pulmonalen Höhlenbildungen im Kindesalter. Msch. Kinderheil. 46/30. — Priesel: Caverne in Rtg. Schallund Engel 1933. — Lande: Z. f. Kinderh. 245. 1928. — Glass: Polski Przegl. Radiolog. T. X. — Schieber: Medycyna. Z. 1. 1934. — Debre i Binder: Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. 19. 1932. — Debre i Gilbrin: Pr. Med. 1113. 1934.



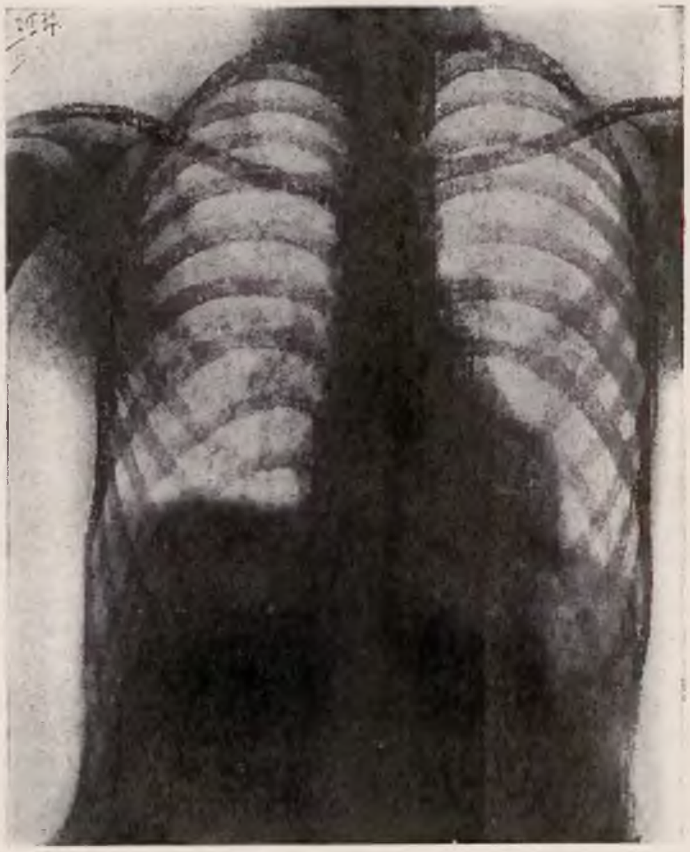
Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.





Dr Stanisław HIGIER. Warszawa.

Badania działania Extract. compl. gland. sexual. masc.

Badanie preparatu *Extractum compl. gland. sex. mascul.* „Ciba", znanego w piśmiennictwie lekarskim zagranicznym jako „Androstina", przeprowadzałem w ciągu kilkunastu miesięcy, stosując go u 45 chorych, z czego u 30 jako wyłączny lub niemal wyłączny (ponieważ działania psychoterapeutycznego mimowolnego nigdy w takich wypadkach wykluczyć się nie udaje) czynnik leczniczy.

Przypadki te nozologicznie przedstawiały się, jak następuje:

Niemocy płciowej typu anerekcji u mężczyzn w sile wieku przyp. 27.

Wytrysku przedwczesnego izolowanego lub ze współistnieniem objawów anerekcji wtórnej — 8.

Hiposeksualizmu ogólnego o charakterze infantylizmu lub eunuchoidyzmu z wyraźną niedomogą czynności płciowych — 3.

Zaniku sprawności płciowej w okresie starzenia się (przedwczesnego) ustroju — 6.

Nerwicy płciowej lękowo-parestetycznej — 1.

Pod względem zaś wieku chorych materiał ten przedstawiał się w sposób następujący:

W wieku 18—25 lat przyp. 6. W wieku 25—45 przyp. 32. W wieku 45—60 przyp. 6. Powyżej lat 60 przyp. 1.

Zaznaczyć muszę, że jest to mniej więcej normalny stosunek ogółu chorych, zgłaszających się do lekarza z zaburzeniami płciowymi, z którego to ogółu wyłączałem jedynie świeże przypadki nerwic anerekcyjnych i ejakulacyjnych, w których przyczyna wywołująca była tak jawna i aktualna, że czysta psychoterapia zdawała się gwarantować pomyślny rezultat; w takich wypadkach wszelkie, przedłużające leczenie próby wpływania opoterapią, mogłyby objawić się jedynie niepomyślnie.

Spośród moich chorych większość podlegała już uprzednio leczeniu rozmaitego rodzaju, a niemal połowa używała wszelkiego rodzaju wyciągów jądrowych lub nawet preparatów hormonalnych, jednakże z wynikiem bądź ujemnym, bądź przejściowym.

Stwierdzić należy, że zasadniczą trudność przy określaniu dodatnich, czy ujemnych skutków leczenia jądrowego zastępczego i w ogóle organoterapii jądrowej stanowi brak jakichkolwiek sprawdzianów lub ściśle przedmiotowych podstaw do sądu.

Większość prac klinicznych wysnuwa więc wnioski na podstawie otrzymywanych wyników w zakresie sprawności płciowej, które można nazwać poprawą, jak również na podstawie zmian w samopoczuciu chorych. Tego rodzaju wnioskowanie o tyle wydaje się niesłuszne, że w procesach tych i w ich powiązaniach przyczynowych bierze udział szereg niewiadomych: przede wszystkim zachodzi tu wpływ pierwiastków psychopochodnych i to zarówno w patogenezie cierpienia, jak i w spodziewanym procesie wyleczenia lub samowyleczenia; powtóre — nie posiadamy dokładnych wiadomości, dotyczących przyswajania przez ustrój ludzki w ogóle, a dany ustrój w szczególności, leku o charakterze hormonu czy wyciągu gruczołowego; wreszcie, dochodzi tu i trudność właściwego dawkowania, zwłaszcza co do leków nowych i nie posiadających miana fizjologicznego. Przypomnieć nawiasem trzeba, że Androstina jest właśnie tego rodzaju lekiem.

W obecnym stanie wiedzy dla zorientowania się w wartości leczniczej środków leczniczych tej grupy konieczne więc jest zwrócenie się dodatkowo jeszcze do metody, mogącej ujawnić przedmiotowo wpływ (niekoniecznie i nie tylko swoisty) danego środka na ustrój osobnika leczonego.

Dlatego też osobiście uważam za słuszne dokładne każdorazowo rejestrowanie wszelkich zmian, jakie zjawiają się pod wpływem podawania leku (u wszystkich lub u większości leczonych), i to zarówno pod wpływem pojedyńczej dawki, jak i w wyniku pewnego „kursu leczenia", który jest dostateczny do uzyskania poprawy. W stosunku do leków o charakterze hormonoterapii lub organoterapii jądrowej np. szczególną uwagę zwracam na: a) różnice w zabarwieniu prącia i moszny, b) zjawiska odruchowe, jak np. odruch z rzyci, odruchy kremasterialne, odruch łonowo-mosznowy itp., c) ilość wydzieliny w cewce moczowej, d) spoistość i tkliwość jąder i e) częstość oddawania moczu i jego ciężar gatunkowy. Na drugim dopiero miejscu stawiam właściwe objawy ze strony czynności płciowej, które wartość próbną mieć mogą istotnie jedynie w tych wypadkach, gdy sprawa chorobowa nie jest natury psychorodnej lub też, gdy chory nie jest świadom, że podawanie danego środka ma na celu pobudzenie u niego sfery płciowej.

Jeden z takich przypadków przytaczam jako nie pozostawiający wątpliwości:

Chory Nr 3224, lat 47, zgłasza się ze skargami na ogólne osłabienie, zdenerwowanie i uczucie starzenia się, wymieniając cały szereg skarg o charakterze psychastenicznym; nie porusza jednak sam spraw płciowych. Zapytany o nie, stwierdza, raczej obojętnie, że stosunków płciowych nie uprawia od półtora roku ze względu na niemoc płciową, występującą jako brak wzwodu w chwili decydującej. Życie płciowe do 42 roku życia w ogóle bez zaburzeń. W tym czasie wystąpiło pewne obniżenie pobudliwości płciowej równocześnie ze stosunkowo rzadszym współżyciem, co częściowo zależało zresztą od długotrwałej choroby małżonki. Po śmierci żony przed trzema laty był w ciągu kilkunastu miesięcy zupełnym abstynentem. Kiedy zdecydował się potem na wznowienie stosunków płciowych, stwierdzał każdorazowo niepowodzenie wielokrotnych (bo początkowo co kilkanaście dni, potem zaś rzadziej podejmowanych) aktów spółkowania. Równocześnie z tym wzwody samoistne, które na początku tego okresu zjawiały się od czasu do czasu (raz jeden chory miał polucję nocną, po której obudził się nawet z długotrwałym wzwodem typu niemal ciągotki), zaczęły znikać. Mniej więcej od roku chory nie przypomina sobie, aby w ogóle odczuwał jakiekolwiek podniecenie psychiczne albo cielesne płciowe. Ten stan rzeczy nie dokucza mu jednak i przyjmowany jest z rezygnacją, a nawet pomijany zupełnie wobec innych cierpień.

Chory powyższy po krótkotrwałym leczeniu ogólnie-tonizującym, które mało co odbiło się na jego stanie ogólnym, a zupełnie nie wpłynęło na sferę płciową, otrzymuje intensywne leczenie Androstiną w ten sposób, że w ciągu 16 dni dokonywane są codzienne wstrzykiwania, na przemian jednej lub drugiej frakcji wyciągu, a równocześnie trzy razy dziennie otrzymuje po 3 drażetki, nie znając zresztą ich składu, ani możliwego „afrodystycznego" działania.

Po ukończeniu tego leczenia, niezależnie od wielkości zmiany na lepsze w zakresie ogólnego samopoczucia i powrotu zdolności do pracy, chory twierdzi, że odczuwa częste wzwody samoistne prącia, że na podniety płciowe reagować zaczyna zarówno cieleśnie, jak i psychicznie i wreszcie, przychodzi z zapytaniem, czy mógłby dokonać próby spółkowania, do czego ma wielką ochotę. Pierwsza z prób, dokonana w 3 dni po ukończonym kursie leczenia nie udaje się na skutek upadku silnego zresztą wzwodu tuż przed samym aktem; jednakże, już po kilku dniach chory dokonywuje zupełnie udatnego stosunku płciowego, który odtąd powtarza w odstępach tygodniowych. Podkreślić należy, że mimo zasadniczo dobrego wpływu tych przeżyć na samopoczucie chorego, nie jest on bynajmniej zadowolony z samego wzrostu aktywności psychoseksualnych, które mu, jak twierdzi, „przeszkadzają w pracy".

Przypadek powyższy jest wyraźną ilustracją bezpośredniego, somatycznego wpływu leczenia Androstiną na sprawność płciową ustroju.

W ogóle jednak sama możność dokonania tego rodzaju obserwacji zdarza się dość rzadko. Z tego względu jako bardziej przedmiotowe i w większości przypadków konieczne uważam rejestrowanie poprzednio opisanych skutków farmakodynamicznych „pozaseksualnych".

Niezależnie od nich, należy obserwować naturalnie również i wszelkie inne zjawiska, jakie występują bądź po każdorazowym przyjęciu danego środka opoterapeutycznego w odpowiedniej dawce, bądź też, zjawiając się po dostatecznym skumulowaniu ich działania, należą bezsprzecznie lub prawdopodobnie do zespołu farmakodynamiki danego ciała.

Jeżeli z tego punktu widzenia rozpatrywać działanie Androstiny, to stwierdzić należy, że przejawia ona niewątpliwie swoje działanie w zespole opisanych tu na początku zjawisk świadczących o ożywieniu odruchowości miejscowych i współmetamerycznych z aparatem płciowym obwodowym; poza tym, wykazuje ona dyskretne działanie farmakodynamiczne na cały ustrój (jeżeli podawane są dawki lecznicze średnie); wreszcie, jak to zobaczymy dalej i co dla nas jest najważniejsze, że w szeregu przypadków zaburzeń płciowych prowadzi do mniej lub bardziej trwałych uleczeń lub poprawy stanu.

Ze zmian, które zaobserwować się dają jako wynik bezpośredni podania pojedyńczej dawki Androstiny, do najczęstszych należy zwiększenie się częstości oddawania moczu, zwykle o niższym, niż fizjologicznie ciężarze gatunkowym, oraz nieznaczne przyspieszenie tętna i to zwykle jedynie po wstrzyknięciu frakcji olejowej (po wstrzyknięciu frakcji wodnej objaw ten występuje o wiele rzadziej, natomiast nigdy go nie zaobserwowałem po doustnym przyjęciu drażetek Androstiny). W odpowiedzi na większą dawkę, np. po jednorazowym wstrzyknięciu zawartości 4 ampułek, poza wymienionymi objawami zjawia się również ożywienie lub wygórowanie odruchów kremasterialnych,

pobudliwości mosznowej i bodaj że wzmożenie wszystkich w ogóle odruchów ścięgnistych i okostnowych; prócz tego zauważyć się daje lekkie podniecenia psychiczne (o charakterze tachypsychizmu) i pocenie się bez żadnych zresztą przykrych odczuwań.

W ogóle więc pojedyńcza dawka Androstiny powoduje zmiany bardzo dyskretne. Wyraźnego podniecenia płciowego, ani też wzwodu samoistnego w odpowiedzi na taką dawkę zaobserwować się nie daje. Nawiasem mówiąc, dotyczy to zresztą również i innych znanych mi organopreparatów jądrowych.

Przy systematycznym podawaniu Androstiny występuje szereg objawów, co do nasilenia wahających się bardzo znacznie — zależnie od osobnika. W ogóle, u wszystkich stwierdza się wzmożenie odruchów kremasterialnych, zwiększenie się tkliwości jąder i jak gdyby pewne ich obrzmienie; w większości przypadków, bo w 26, stwierdzałem równocześnie różnice w ukrwieniu prącia i to zarówno tam, gdzie miała uprzednio miejsce pewna atonia naczyń skórnych, jak i niedokrwienie ogólne typu dziecięcego; wyraźne zmiany w odruchu łonowo-mosznowym, a nawet zjawienie się go tam, gdzie go uprzednio nie było, zaobserwowałem 10 razy, wzmożenie się odruchu rzyciowego 6 razy. Stałych zmian, dotyczących gęstości moczu i częstości jego oddawania po dłuższym okresie leczenia, nie zaobserwowałem.

Z objawów ogólnych 12 razy stwierdziłem obniżenie się ciśnienia krwi zwłaszcza u chorych powyżej lat 40. W jednym przypadku obniżenie to po 12 zastrzykach ze 180/120 spadło do 145/100, przy czym muszę podkreślić, że chory w tym okresie żadnych innych środków leczniczych nie przyjmował.

Zanim przejdę do omówienia wyników swoistych — w zakresie zjawisk sprawności płciowej przy leczeniu Androstiną słów kilka poświęcić muszę użytemu przeze mnie sposobowi jej dawkowania.

Wychodząc zarówno z założeń ogólno fizjologicznych jak i farmakologicznych, wydaje się słuszne i celowe przepisywać organo- i hormonoterapię jądrową w postaci tzw. „uderzeń". Polega to na podawaniu odpowiednich przetworów w stosunkowo dużych dawkach, natomiast w ciągu niezbyt długiego czasu i ponawiania takiego samego cyklu dopiero po dłuższej przerwie. Jedynie tam, gdzie chodzi o anomalie o charakterze wady rozwojowej *(infantilismus, eunuchoidismus)*, lub też gdzie konieczne jest długotrwałe podtrzymanie osłabionej w sposób organiczny czynności gruczołowej, jedynie tam podawanie leków opoterapeutycznych rozkładam na dłuższy okres z tzw. „optymalnym" dziennym dawkowaniem.

W pierwszej liczniejszej grupie przypadków dawkowałem zwykle Androstinę w ten sposób, że w ciągu 8—16 dni wstrzykiwałem codziennie jedną lub dwie ampułki (frakcję A i B na przemian) i przepisywałem równocześnie doustnie 4—10 drażetek dziennie. Wyjątkowo podwyższałem jeszcze dawkę dzienną, a za to pozostawiałem 2 lub 3 dni w tygodniu wolne od leczenia. Tego rodzaju serię ponawiałem po miesięcznej przerwie i wyjątkowo przepisywałem ją po raz trzeci po nowej przerwie miesięcznej.

W przypadkach hiposeksualizmu rozwojowego lub w ogóle organicznie uwarunkowanego podawałem zwykle po 3—6 drażetek dziennie w ciągu dłuższego czasu (do 10 tygodni i dłużej) i równocześnie wstrzykiwałem co drugi lub trzeci dzień ampułkę domięśniowo.

Najwyraźniejsze wyniki otrzymałem w przypadkach zaniku sprawności płciowej u osobników z przedwczesnym starzeniem się, gdyż na 4 przypadki tego typu w 3 poprawa była zupełnie wyraźna, w jednym zaś tylko przejściowa, jakkolwiek niewątpliwa.

W hiposeksualiznie typu dziecięctwa otrzymałem jedną poprawę bardzo wyraźną; w dwóch pozostałych przypadkach skutek był nad wyraz nikły.

Pierwszy z tych przypadków wart jest przytoczenia.

Chory Nr 3194, lat 26, zjawił się ze skargami na niemoc płciową typu anerekcji. Żonaty od 2 miesięcy, nie może spełniać obowiązków małżeńskich z powodu nad wyraz słabych wzwodów, które zresztą giną zupełnie w trakcie prób dostania się prącia do wnętrza pochwy, czasami w związku z wytryskiem przedwczesnym, częściej jednak bez niego. W wywiadach okazuje się, że chory pochodzący z rytualnych sfer żydowskich, nigdy przed małżeństwem żadnego współżycia seksualnego nie uprawiał. W okresie pomiędzy 18—20 rokiem życia — onanizm, umiarkowany co do częstości. Wzwody samoistne występowały u chorego od czasu do czasu, zwykle w odpowi dzi na wyobrażenia i fantazje erotyczne, o wiele rzadziej przy zbliżeniu się do kobiety. W stosunku do swej żony za czasów narzeczeńskich odczuwał dość wyraźny popęd płciowy, który powodował z rzadka wzwód, o ile można się zorientować, niezupełny. W ciągu kilku tygodni nieudatnego pożycia małżeńskiego popęd seksualny znikł prawie zupełnie, jak również ustały wszelkie wzwody samoistne, jako też i w odpowiedzi na wyobrażenia seksualne.

Przy badaniu rzuca się w oczy przede wszystkim młodociany, chłopięcy wygląd chorego, który czyni wrażenie osobnika ośmnasto-, dziewiętnasto-letniego. Uwłosienie twarzy dość skąpe (chory goli się co 4 dni), w okolicy płciowej niezbyt rozwinięte, typu kobiecego. Jądra małe i mało tkliwe, prącie również mniejsze, niż fizjologicznie. Odruchy kremasterialne obecne. Co się tyczy innych zmian, to poza wysokim ciężarem gatunkowym moczu (1029!) i wegetacjami w nosie, innych zmian się nie stwierdza.

Chory otrzymał Androstinę naprzód tylko w postaci drażetek po 5 dziennie, po 10 dniach zaś równocześnie i wstrzykiwania — co drugi dzień: ogółem 12 ampułek; potem, w ciągu dłuższego czasu, przyjmował stale co drugi dzień po 3 drażetki (typ leczenia przewlekłego). Już po pierwszym tygodniu leczenia zjawiły się wzwody, początkowo samoistne, potem w obecności żony. Dokonany po dwóch tygodniach leczenia stosunek płciowy przebiegł nieźle, jakkolwiek wzwód nie był dostateczny dla całkowitego znalezienia się *membri in vagina*. Odtąd stosunki powtarzane co trzy, cztery dni, coraz udatniejsze doprowadziły wreszcie w piątym tygodniu leczenia do pożądanego skutku w postaci defloracji. Przez cały czas leczenia poprawa ta utrzymywała się. Po przerwie w przyjmowaniu Androstiny pewne, nieznaczne pogorszenie, które minęło pod wpływem zalecenia choremu dalszego przyjmowania leku, tym razem w postaci jednej drażetki dziennie (raczej w celach psychoterapeutycznych, jakkolwiek działania farmakodynamicznego tej dawki jako niezbędnego bodźca minimalnego nie da się wykluczyć).

W przypadkach, w których wytrysk przedwczesny był objawem górującym w obrazie niemocy, w ogóle wyników dodatnich nie otrzymałem, z wyjątkiem jednego z chorych, u którego jednak wiązałem wytrysk przedwczesny ze zbyt rzadkimi w stosunku do potrzeb i temperamentu aktami płciowymi. Możliwe jest zresztą, że leczenie Androstiną wpłynęło pomyślnie na zespół objawowy tego chorego pośrednio: poprzez uczulenie go na podniety swoiste, a przez to zwiększenie się liczby aktów spółkowania w określonym czasie i „stępienie" niejako nadmiernej pobudliwości abstynencyjnej.

W przypadkach niemocy płciowej typu anerekcji, wyniki, otrzymane przeze mnie, były bardzo różne. Wyraźną i bardziej stałą poprawę zaobserwowałem w 9 przypadkach, z których 3 dotyczyły niemocy powstałej bezpośrednio po cięższym schorzeniu ogólnym (np. po grypie z powikłaniami). Poprawa występowała po rozmaitym okresie leczenia: począwszy od jednego dnia (co prawdopodobnie należy przypisać mimowolnym wpływom psychoteraupetycznym), a skończywszy na poprawie zaobserwowanej u jednego z chorych, lat 38, który cierpiał na niemoc wskutek braku dostatecznych wzwodów od samej dojrzałości płciowej, a który odbył pierwszy w życiu udatny stosunek płciowy w trakcie drugiej serii leczenia, to jest mniej więcej w osiem tygodni od jego rozpoczęcia. Interesującą rzeczą jest, że pierwsza seria leczenia trwająca 14 dni nie dała żadnego, ani podmiotowego, ani przedmiotowego wyniku dodatniego (o przedmiotowych skutkach patrz dalej).

W dziewięciu przypadkach polepszenie w stanie sprawności płciowej zaznaczało się tylko przejściowo. Zazwyczaj przejawiało się ono przy tym dopiero po skończonym kursie leczenia przeprowadzanego „rzutowo" według schematu podanego powyżej. Stwierdzałem przy tym wielokrotnie, że dłuższe podawanie Androstiny nie wpływa w tych wypadkach na dalszą poprawę a czasami prowadzi nawet do *status quo ante*. Natomiast, we wszystkich tych przypadkach poprawy przejściowej Androstina okazała się doskonałym lekiem pomocniczym w leczeniu innymi metodami, które, próbowane uprzednio, zawodziły. Ten niewątpliwy wynik „uczulający" Androstiny zaznacza się szczególnie silnie tam, gdzie Androstina powoduje objawy pobudliwości nerwowej obwodowej i ogólnej, opisane na początku artykułu. Wreszcie w 9 przypadkach próby leczenia Androstiną anerekcji nie dały pomyślnych wyników, jakkolwiek u kilku z tych chorych powodowały odczyn ogólny nieswoisty.

Wracając do tego ostatniego, pragnę stwierdzić, że pobieżna obserwacja stosunkowo niewielkiego materiału klinicznego tu opisanego pozwala ogólnikowo stwierdzić, że z poprawą idą zazwyczaj w parze skutki farmakodynamiczne o przewadze zjawisk tego rodzaju, co zmiana w spoistości jąder, jako też zmiana w zabarwieniu prącia; natomiast wpływ na częstość odda-

wania moczu i wzmożenie odruchów, a wreszcie i występowanie potów, zdarza się zarówno w przypadkach reagujących poprawą, jak i w opornych na leczenie Androstiną.

Ogólne więc wnioski z przebadanego materiału można by ująć w następujących punktach:

A) Androstina w dawkach średnich jest bezsprzecznie lekiem czynnym, przejawiającym swe działanie na cały ustrój;

B) Pojedyncza dawka Androstiny powoduje, zależnie od jednostki, mniej lub bardziej dyskretne objawy w zakresie neurowegetatywnym, nie daje jednak w zasadzie żadnego wyniku swoistego leków o typie „silnych afrodyziaków";

C) Dłuższe podawanie Androstiny, obok pewnych, nieznacznych zresztą, zmian „przestrojeniowych" w całym ustroju, prowadzi w znacznym odsetku przypadków zaburzeń sprawności płciowej do polepszenia tej sprawności, czasami o charakterze przejściowym, kiedy indziej o charakterze stałym i to w skali dość wybitnej;

D) Z punktu widzenia podziału zaburzeń sfery płciowej, do leczenia Androstiną zdają się nadawać przede wszystkim przypadki upadku potencji w okresie klimakterycznym i preklimakterycznym tzw. przekwitania męskiego; dalej, niemoc płciowa anerekcyjna u mężczyzn młodych i w sile wieku, zwłaszcza zaś zjawiająca się po wyczerpujących schorzeniach ogólnych; wreszcie i inne zaburzenia, z wyjątkiem wytrysku przedwczesnego odosobnionego lub górującego w obrazie niemocy;

E) W znacznej większości przypadków zaburzeń płciowych Androstina stanowić może lek pomocniczy albo „uczulający" przy równoczesnym leczeniu innymi metodami.

Dr Bronisław KURZEJA, lekarz powiatowy powiatu lwowskiego.
Maria KULCZYŃSKA, redaktorka czasopisma „Położna".

Opieka położnicza na wsi.

W numerze 14 „Polskiej Gazety Lekarskiej" z dnia 4 kwietnia b. r. ukazał się artykuł P. Dra B. Salaka, pt.: „Jeszcze w sprawie reorganizacji pracy położnych". W odpowiedzi na nasuwające się Panu Doktorowi Salakowi zastrzeżenia pozwalamy sobie, przechodząc zdanie po zdaniu, powyższe zastrzeżenia wyjaśnić:

„Nasycenie terenu położnymi jest"

Według ostatniej statystyki ilość położnych w Polsce w roku 1933 wynosiła 9.554, co odpowiada stosunkowi liczbowemu: 1 położna na 3.500 mieszkańców. W krajach zachodnich (Niemcy), gdzie jest lepiej rozbudowane szpitalnictwo, dobre drogi i środki komunikacji, gdzie inaczej pod każdym względem wygląda prowincja — przyjmuje się za normę: 1 położna na 2.000 mieszkańców. Gdybyśmy chcieli dojść do tej normy musielibyśmy mieć o 5.000 położnych więcej.

Nie tylko liczba decyduje o nasyceniu terenu. Ażeby teren był nasycony musi być dostateczna ilość położnych równomiernie rozmieszczona. W Polsce zaś miasta, zwłaszcza większe, mają nadmiar położnych, wieś — ma ich za mało. Sytuacja identyczna jak z rozmieszczeniem lekarzy. Poziom położnych jest w ogóle niezadawalający. Zarobki ich, z wyjątkiem poszczególnych jednostek, popieranych przez lekarzy, są nie wystarczające. Jest to w ogóle zawód puszczony luzem, bardzo słabo zrzeszony i uchylający się chronicznie spod kontroli.

Poszczególne położne „radzą sobie", czy zawsze z korzyścią dla zdrowia ludności — odpowiedź nie trudna.

„Żadne przeszkolenia tu pomóc nie mogą"

Przeszkolenia nie pomagają może na podniesienie zarobków, pomagają jednak na podniesienie stanu wiadomości — co nie jest obojętne.

Paragraf 24 rozporządzenia wykonawczego Ministerstwa Spr. Wewn. z dnia 25. IX. 1928 r. o położnych brzmi: „Położne obowiązane są do odbywania kursów przeszkolenia co 5 lat, pierwszy raz w 5 lat po uzyskaniu dyplomu". Jeżeli należało by zmienić, czy uzupełnić ustawę o położnych — to chyba ten artykuł powinien pozostać niezmieniony.

Słuszną jest uwaga, iż „samymi nakazami i zakazami sprawy nie poprawimy", niemniej jednak w praworządnym społeczeństwie nakazy i zakazy, czyli przepisy prawne muszą być podstawą działania, a słuchanie ich jest obowiązkiem każdego obywatela.

„Nie należy obecnie do lekarza powiatowego, ani tym bardziej do instruktorki rejestrowanie położnych, gdyż jest to przywilej i obowiązek wojewódzkich urzędów, natomiast starostwa, ściślej lekarze powiatowi jedynie prowadzą listę meldunkową rejestrowanych przez urzędy wojewódzkie położnych"

Paragraf pierwszy instrukcji obowiązującej położne (z dnia 2 maja 1929 r.) brzmi: „położna uprawniona do wykonywania zawodu winna przed rozpoczęciem praktyki zarejestrować się u właściwego lekarza powiatowego, okazując dyplom oraz poświadczenie obywatelstwa". Natomiast pielęgniarki obowiązane są do zgłaszania do województw, że rozpoczynają pracę zawodową i do zawiadamiania o tym lekarzy powiatowych tych terenów na których pracują. *Pielęgniarki i położne mają dwie różne ustawy:* ustawa pielęgniarska z dnia 21 lutego 1935 r. i ustawa dla położnych z dnia 16 maja 1928 r. (Rozporządzenie Prezydenta) (Rozp. wyk. Min. Spr. Wewn.). Wiemy dobrze, iż zdarza się, że położna obchodzi przepis ustawowy i nie rejestruje się, a wtedy nikt nie wie, jak ona pracuje — póki sprawa się nie wykryje. Instruktorka ma obowiązek dowiedzenia się o każdej nowo osiadłej położnej i skontrolowania czy się zarejestrowała tam gdzie należy, tzn. u właściwego lekarza powiatowego. Tyle o tym formalnym zastrzeżeniu Pana Naczelnika Wydziału Zdrowia Dr Salaka.

„Prowadzenie przez położne okręgowe ewidencji ciężarnych nie wydaje mi się możliwym ani celowym, boć wkracza to trochę, przynajmniej do czasu, i w tajemnicę osobistą i zasadniczo należeć powinno do stacji opieki nad matką i dzieckiem"

Statystyka mówi, iż około 90% porodów na wsi stanowią porody prawidłowe. Te przypadki przywiezione ze wsi, które widzi się w szpitalu lub klinice są to najcięższe przypadki położnicze i to przeważnie „przypadki przepadłe" (poprzeczne zaniedbane, łożyska przodujące, rodzące z ciepłotą uniemożliwiającą operację, albo skrwawione, z pękniętą macicą czy pękniętą ciążą pozamaciczną).

Dlaczego taki materiał ze wsi przychodzi do miasta do szpitala?

Dlatego, ponieważ wiejskie kobiety nie są badane w czasie ciąży, do porodu najchętniej wzywają „babkę", gdy ta nie może dać sobie rady wzywa się położną, położna bada oczywiście wewnętrznie, i o ile jest uczciwa żąda lekarza, chłop z zasady lekarza nie chce, położna próbuje ratować sama, wreszcie, o ile to jest możliwe, wiezie chorą do miasta, do szpitala. Jakie są skutki takiej opieki położniczej powie każdy w szpitalu czy klinice pracujący lekarz i każda szpitalna czy kliniczna położna. Otóż ewidencja ciężarnych ma za zadanie: po pierwsze zmniejszenie ilości „przypadków straconych" dowożonych do miasta — przez wybadanie nieprawidłowości już w czasie ciąży, po drugie ma za zadanie zwiększenie praktyki, a tym samym dochodów kwalifikowanej położnej, która nie powinna dopuścić babki do porodu u znanej sobie ciężarnej. Obecnie znaczny odsetek porodów wymyka się z rąk położnej na rzecz babki, dlatego to, jak zauważa P. Dr Salak „praktyki położniczej jest za mało, aby z niej wyżyć i jej wyłącznie się poświęcić". Przyczyna tego stanu rzeczy jest dla nas zrozumiała i dlatego wprowadzamy obowiązkowo ewidencję ciężarnych, by zwiększyć praktykę i dochody położnych wiejskich.

Argument „uszanowania tajemnicy osobistej" nie ma miejsca w położnictwie, gdyż jak wiadomo obowiązuje dochowanie tajemnicy zawodowej (paragraf 7 instrukcji dla położnych), a tego obowiązku prowadzenie ewidencji bynajmniej nie narusza.

Jeżeli chodzi o stacje opieki nad matką i dzieckiem — to jest ich w powiecie lwowskim trzy, natomiast okręgów położniczych i położnych okręgowych jest dwadzieścia osiem. Zapytujemy co stwarza lepsze widoki dla ludności wiejskiej — czy dwadzieścia osiem punktów opieki położniczej w powiecie rozrzuconych, czy trzy?

„Nie wydaje mi się wykonalną praca instruktorki, polegająca na wkraczaniu w każdej chwili w teren pracy położnej, do wiejskich chat i do łóżka rodzącej czy położnicy. Czy takie postępowanie nie jest wchodzeniem do cudzego mieszkania bez zdejmowania kaloszy — co łatwo razem z nimi spowodować może wyproszenie".

Kto zna wieś (nie od biurka wyłącznie) ten wie dobrze, iż w czasie porodu zwłaszcza nieprawidłowego, obecny jest poza wszystkimi babkami i zamawiaczkami, niemal cały zarząd gromadzki. Pożądane jest zatem, by tu wkraczał czynnik kompetentny — w postaci objeżdżającej teren instruktorki. Instruktorka jest urzędnikiem powiatowym i czynnikiem społecznym, ma legitymację upoważniającą ją do działania na podstawie instrukcji, zatwierdzonej przez Starostwo. Zarówno instrukcja ta, jak osoba instruktorki jest znana każdej położnej, pracującej w powiecie lwowskim, zapoznanie to odbywa się na odprawie urzędowej. O proteście ze strony położnej nie ma mowy. Jeżeli chodzi o wdzieranie się do cudzego mieszkania, to czyż nie popełniają tego samego przestępstwa higienistki i pielęgniarki społeczne? (patrz instrukcja dla stacji opieki nad matką i dziec-

kiem). Czy nie wywołują oburzenia nieuświadomionej pod względem higienicznym ludności, gdy wchodzą do mieszkań, zadają niedyskretne pytania na temat mycia, odżywiania, warunków domowych i rodzinnych, a nawet na temat chorób wenerycznych? Czy „wywiad", sam przez się jest szczytem niedyskrecji? Nie łudźmy się...

A jednak tam, gdzie jest dobrze zorganizowana służba zdrowia — chodzą po domach pielęgniarki społeczne i mają duże zasługi podniesienia uświadomienia higienicznego ludności. Czy w zakresie opieki położniczej mamy czekać aż ludność wiejska zacznie się zgłaszać o porady. Nie doczekamy się tego, ani my ani nawet nasze wnuki. Natomiast doczekaliśmy się już spadku urodzin i 20% śmiertelności noworodków. Jeżeli instruktorka będzie miała pogadanki dla kobiet wiejskich, na pogadankach tych będą obecne obowiązkowo położne, to ufamy, iż dojdzie do wzajemnego porozumienia między chorą wiejską a położną, rodzaj ogniwa łączącego chorą z lekarzem, którego dziś wzywa się wtedy gdy bardziej potrzebny jest już ksiądz z ostatnimi Sakramentami! *Opieka położnicza na wsi rwie się, gdy jej ogniwa nie łączą się ze sobą.*

„Jaka płaca — taka praca"

Uwaga bardzo słuszna — ale nie uwzględnia warunków miejscowych.

Obie nowe instrukcje, wydane w powiecie lwowskim, zostały opracowane na podstawie dokładnej znajomości terenu, warunków i możliwości finansowych samorządu powiatowego lwowskiego. Nowo mianowana powiatowa instruktorka położnictwa pracuje w Ośrodku Zdrowia w Jaryczowie, ma we dworze mieszkanie i częściowe utrzymanie oraz niewielkie wynagrodzenie w gotówce. Ośrodek czynny jest trzy razy w tygodniu, a że jest w stadium początkowym i finansowo słabo wyposażony, nie jest w stanie dać swej kierowniczce ani większego wynagrodzenia, ani więcej zajęcia. W pozostałych wolnych dniach kierowniczka Ośrodka (która ma skończoną szkołę pielęgniarską i dyplom położnej) czynna jako powiatowa instruktorka położnictwa, wyjeżdżać będzie na objazdy po powiecie. Jest obowiązana wyjeżdżać raz na tydzień na cały dzień, za co dostaje 10 zł lub dwa razy tygodniowo na pół dnia, za co dostaje po pięć zł plus zwrot kosztów podróży, które w obrębie jednego powiatu nie powinny przekroczyć kwoty 200 zł rocznie, gdyż są to bardzo małe odległości, a gminy nigdy nie uchylą się od dostarczenia środków lokomocji.

Jeżeli chodzi o położne rejonowe, to istotnie wynagrodzenie 120 zł rocznie plus 2 zł „kąpielowe" od każdego porodu u najbiedniejszych gminy — jest bardzo niskie. Na podstawie skrupulatnego przeglądu pracy położnych rejonowych, który przeprowadzaliśmy jesienią ub. r. przekonaliśmy się, iż położne rejonowe, w większości wypadków nic nie robią dla ludności najbiedniejszej i biorą te pieniądze prawie za darmo. Mają w dzienniku najwyżej 1—3 porodów u najbiedniejszych rocznie, a zatem 120 do 40 zł za jeden poród.

Dlatego obecna nowa instrukcja nakazuje im prowadzenie spisu ciężarnych (na razie tylko w miejscu zamieszkania położnej) oraz kwartalne sprawozdanie z porodów u najbiedniejszych rejonu. Po roku przekonamy się, jak która z nich pracuje i będziemy robić starania o podwyższenie ich poborów, gdyby się okazało, że średnia przypadająca za jeden poród jest niższa, niż wynagrodzenie ustalone w cenniku.

Znamy stosunki w powiecie lwowskim, wiemy co dało się pozytywnie uzyskać już w tym roku i jakie można mieć widoki w latach następnych — na podstawie konkretnych faktów.

Łudzeniem się więc jest nieprzychylne ustosunkowanie do wszelkiej inicjatywy w zmianie dotychczasowego stanu opieki położniczej na wsi, tak jakby ten stan był bez zarzutu i nie wymagał poprawy. Poziom położnych wiejskich pod względem: fachowości, poczucia obowiązku, odpowiedzialności i wyrobienia obywatelskiego, jest więcej niż opłakany. I te a nie inne przyczyny, nie „chęć papierowej roboty i ładnych sprawozdań" jak wyraził się Pan Naczelnik Dr S a l a k, podyktowały nam wystąpienie z inicjatywą poprawy i zmiany tego tak bardzo złego stanu rzeczy. Rzeczywista odbudowa tężyzny i zdrowia musi zaczynać się od podstaw, w zakresie należącym do opieki położniczej, musi zaczynać się wcześniej, niż przy łóżku rodzącej. Nie chcemy łudzenia się i dlatego bijemy na trwogę. Ośmielamy się twierdzić, iż z opieką położniczą na wsi jest źle na terenie prawie całej Polski. Źle przedstawia się też problem położnych sprawujących *de nomine* tę opiekę na wsi. Czas najwyższy zabrać się do prób naprawy tych stosunków i to nie tylko ze względu na blisko 10.000 położnych w Polsce, lecz ze społecznego punktu widzenia — ze względu na dziesiątki tysięcy rodzących kobiet wiejskich.

Bezsprzecznie łatwiej jest krytykować śmiałą inicjatywę i skromne sposoby działania, aniżeli samemu wystąpić z inicjatywą lub krytykując cudzą inicjatywę — podać w zamian coś lepszego.

Podchodząc do dyskusji powyższego zagadnienia i bez emocji ufamy, iż krytyka pobudzi świat lekarski do zastanowienia się nad zagadnieniem opieki położniczej na wsi i przez to samo zapoczątkuje badanie tego zagadnienia.

Mimo pięknej ustawy o położnych, aktualnej od roku 1928, porody na wsi odbywają się na całym niemal terenie Państwa, jak odbywały się za dawnych czasów.

Zwrócenie uwagi czynników kompetentnych na ten fakt było przyczyną ogłoszenia naszej pracy, sądzimy bowiem, że uświadomienie sobie istotnego stanu rzeczy jest już pierwszym krokiem ku naprawie.

Jesteśmy młodzi i jesteśmy jeszcze optymistami, wierzymy, że zarówno myśli rzucone w naszym artykule, jak i próby czynnej inicjatywy, poparte już dotychczas przez czynniki kompetentne, które nam umożliwiły jej urzeczywistnienie, znajdą oddźwięk nie tylko w województwie lwowskim. Nie łatwo jest znaleźć taką kandydatkę na instruktorkę, która by doceniała spoczywającą na niej odpowiedzialność, w myśl instrukcji traktowała swą pracę jako zaszczytny obowiązek społeczny i zdawała sobie sprawę ze spoczywającej na niej odpowiedzialności.

Nie chodzi nam w zupełności o narzucenie szczegółów tej pracy, która musi być wszędzie dostosowana do warunków miejscowych i stopniowo udoskonalana przez życie. W innych, lepiej sytuowanych powiatach uda się może uzyskać lepsze uposażenie dla przypuszczalnych instruktorek położnictwa i dla położnych rejonowych, jeżeli chodzi o te ostatnie trzeba dobrze orientować się w ich użyteczności dla gmin.

My tu w Małopolsce Wschodniej nieraz już w ciągu dziejów uprawialiśmy „apostolstwo bez butów" — widocznie jest coś takiego w moralnym klimacie naszych stron, co umożliwia wytrwanie, oparte nie tylko na wymowie brzęczących argumentów...

A tego nie mamy powodu ani się wstydzić, ani zapierać.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr 10. 1937. R o n d o n i P.: Fizjologia komórki a rak. — F i l i ń s k i Wł.: Stan serca i zaburzenia krążenia w gruźlicy płuc. — K o z ł o w s k a E.: Tętniaki tętnicy bezimiennej. — M i c h a ł o w s k i R.: Czy istnieje tkanka krwiotwórcza w trzustce zarodkowej. — L e w i ń s k i T.: Cięcie cesarskie a operacje pomniejszające płód.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 20. 1937. B i r o M.: Choroba Little'a a sprawy gruczołowe. — N i k l e w s k i St. i P i n e s I.: Zespół Morgagni-Adams-Stokesa w przypadku przemijającego bloku węzła zatokowego. — J e l e n k i e w i c z L. i S r e b r n y J.: Z kazuistyki leczenia schorzeń zapalnych tyreoidyną. — D o b r y s z y c k i St.: Spostrzeżenia gastroskopowe w przypadku wrzodu żołądka. — G r z e g o r z e w s k i E.: O program zdrowotny w Centralnym Okręgu Przemysłowym.

Polski Przegląd Dermatologiczny. Nr 1. 1937. G r z y b o w s k i M.: O związku pomiędzy poikilodermią, skleroedema i dermatomyositis. — R o t s t e i n o w a H.: Wrzodziejące postaci gruźlicy prosówkowej. — R o s n e r J.: Serodiagnostyka rzeżączki. — H i r s c h L.: Osutka kiłowa nawracająca, odczyn Jarisch-Herxheimera-Łukasiewicza, czy też osutka posalwarsanowa. — M i e n i c k i M. i R y l l-N a r d z e w s k i Cz.: Przypadek sporotrychozy skóry i błony śluzowej jamy ustnej. — O s z a s t Zb.: Przypadek carcinoma planocellulare in lupo u dziewczyny 17-letniej. — K w i e s i e l e w i c z K.: Nietypowy przypadek łuszczycy.

Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Nr 9. 1937. M i l l a k H.: O wpływie marszu konnego na żołnierza. — M a r y n o w s k i Z.: Badanie krwi chorych przebywających w sztucznym powietrzu górskim (c. d.). — B o r n s z t a j n M.: Leczenie chorób układu nerwowego. — Z a l e w s k i Fr.: Drugi przypadek oparzenia skóry promieniami Roentgena wyleczony przetaczaniem krwi. — S z w a r c A.: Przepisy okulistyczne o zdolności do służby wojskowej a nowoczesna organizacja armii.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 21. 1937. S t e i n J.: O próbach leczenia raka za pomocą środków chemicznych, biologicznych i hormonalnych (dok.).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 22. 1937.

Prasa Lekarska. Nr 6. 1937. Karłowska M.: Niektóre badania hematologiczne w chorobie gośćcowej. — Askanasowa R.: Odrębności kliniczne gośćca narządu krążenia w wieku dziecięcym. — Szechter S.: Na marginesie współczesnych poglądów na istotę i leczenie choroby wrzodowej. — Bogdanowicz J.: Zapalenie opon mózgowych epidemiczne u dzieci (drętwica karku).

Therapia Nova. Nr 5. 1937. Krasuski A.: Przyczynki do historii leków pochodzenia roślinnego. — Zalcman H.: O należnym ustosunkowaniu się do chorych na serce. — Łożyński H.: Zakres stosowania i metodyka przetaczania krwi. — Sternberg J.: O leczeniu miejscowym wrzodu goleni hormonem przytarczycowym. — Typrowicz St.: Wartości lecznicze Jastrzębia-Zdroju.

Pielęgniarka Polska. Nr 5. 1937.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 202. 1937.

OCENY.

Łuszczyca — Psoriasis, z 19 ilustracjami w tekście. Robert BERNHARDT. Dr med. b. Ordynator Szpitala św. Łazarza w Warszawie. Nakładem Trzaski, Ewerta, Michalskiego Sp. akc. Warszawa. Str. 159.

Znany a tak zasłużony dla dermatologii polskiej autor R. Bernhardt wzbogaca piśmiennictwo dermatologiczne polskie nowym dziełem: monografią o łuszczycy i to monografią obszerną, dobrze ujętą, noszącą wszystkie cechy prac Bernhardta, bo i sumienne opracowanie i wnikliwą analizę i trafny krytycyzm i układ przystępny i jasny. Omawianej „Łuszczycy" Bernhardt nie poprzedza żadnym wstępem, nie wyjaśnia dla kogo i w jakim celu napisał tę monografię i w tym potwierdza niejako sąd wypowiedziany niegdyś o nim przez piszącego tę ocenę, że Bernhardt pisze z potrzeby pisania i podzielenia się z ogółem dermatologów swym bogatym doświadczeniem klinicznym i swymi poglądami. A to bogate doświadczenie wytrawnego klinicysty, zdrowy sąd dotyczący rozmaitych poglądów, dotyczących zwłaszcza przyczyn łuszczycy, wyziera niemal z każdej stronicy tej dobrze ujętej monografii. Bernhardt wybrał spośród rozmaitych jednostek chorobowych zasługujących na opracowanie monograficzne zapewne dlatego łuszczycę, że chorobą tą zajmuje się z upodobaniem od szeregu lat, że pilnie śledzi jej dotąd nieustaloną etiologię, wysuwając na plan pierwszy skłonność wrodzoną, nierzadko dziedziczną i rodzinną, skłonność oddziaływania na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne wykwitem nie innym, jak łuszczycowym. Słusznie przy tym podkreśla (str. 78), że o ile chodzi o tę właściwość skóry łuszczycowych należało by mówić o wrodzonym i dziedzicznym „usposobieniu" swoistym, a nie „skazie", bo odczyn chorobowy dotyczy jedynie powłoki zewnętrznej. Miano „skaza" należało by zachować dla tych stanów, w których różnorodne zjawiska chorobowe, zależne od przyczyny wspólnej, występują w rozmaitych układach narządowych i tkankowych np. w skazie wysiękowej lub w krzywicy. Tak dokładnym i ścisłym w wyrażeniach jest Bernhardt w całej monografii we wszystkich jej działach. A omawia kolejno: łuszczycę pospolitą, łuszczycę nietypową, przyczyny i sposób powstawania, budowę tkankową i leczenie.

W opisach obrazów chorobowych rozmaitych postaci klinicznych łuszczycy prócz żywej barwności uderza niezwykła drobiazgowość, świadcząca o wielkim darze spostrzegawczym autora i sumiennym rozważaniu nawet takich szczegółów, które uchodzą zwyczajnie uwagi nawet wytrawnego dermatologa. Na tych drobnych i niemal nieuchwytnych szczegółach opiera autor zawsze trafne wnioski rokownicze i lecznicze. W ocenie wartości leków lub sposobów leczenia zachowuje Bernhardt należny umiar, nie zapalając się zbytnio do żadnego kierunku lecznictwa a choć podaje dziesiątki wzorów leków i sposobów leczenia, żadnemu ze środków czy sposobów leczniczych nie przyznaje palmy pierwszeństwa, przeciwnie przestrzega przed szablonem i wyraźnie zaznacza, że winno się pamiętać nie o leczeniu łuszczycy, ale o leczeniu „łuszczycowego" a więc brać pod uwagę cały zawiły splot przyczyn wywołujących mniej lub więcej częste, łagodne lub uporczywe nawroty łuszczycy.

Monografia napisana jest pięknym i czystym językiem polskim, choć niektóre słowa, jak „łuszczyczak" (psoriasoid), Bernhardt umyślnie urabia i w słownictwo polskie usiłuje wprowadzić, a innymi jak np. „przymiotnica" (= przymiot czyli kiła) stara się zastąpić słowa polskie całkiem dobrze brzmiące i powszechnie przyjęte. Osobiście wolałbym użyć wyrażenia: „zabiegi wznawia się" niż „zabiegi wznawiają się" (str. 157), bo zabiegi same czynności żadnej nie wykonują, tylko my je dowolnie wznawiamy. Obco brzmi dla ucha słowo „pepsyn", bardziej swojsko słowo „pepsyna". Roztwór „matczyny", to chyba roztwór przygotowany ręką kochającej matki; rodzaj roztworu określa chyba lepiej wyrażenie: „roztwór macierzysty" (od macierz = gniazdo = pień). Ale to są osobiste właściwości językowe autora; zapomina się o nich łatwo wobec pierwszorzędnej wartości tej naprawdę cennej, wyczerpującej i pięknej monografii.

Lenartowicz (Lwów).

Der Jugendliche Schwachsinn, seine Erkennung, Behandlung und Ausmerzung (Niedorozwój umysłowy u młodocianych, jego rozpoznawanie, leczenie i wytępienie). W. WEYGANDT. Wyd. F. Enke, Stuttgart, 1936. Cena: 28 RM.

Autorzy podręczników psychiatrii omawiają obraz niedorozwoju umysłowego w różnych działach, zależnie od poszczególnych zespołów i jednostek chorobowych. Zadaniem pracy Weygandta było zestawienie obrazów klinicznych, pozornie jednolitych, a objętych mianem „niedorozwoju". Autor dzieli książkę swoją (wydaną starannie i bogatą w rysunki, tabele i fotografie), na część ogólną i specjalną (kliniczną). Słusznie stawia na początku części pierwszej obraz normalnego rozwoju dziecka, cielesnego i umysłowego. Najważniejszy rozdział tej części zajmuje się przyczynami niedorozwoju, wewnątrz- i zewnątrzpochodnymi oraz skombinowanymi. Następuje symptomatologia psychiczna i somatyczna, anatomia patologiczna oraz diagnostyka z rokowaniem. W rozdziale lecznictwa i zapobiegania niedorozwojowi czołowe miejsce zajmuje *„Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses"*, znana ustawa sterylizacyjna. Autor jest bardzo optymistyczny co do skutków owej ustawy, spodziewa się, już około roku 1950 wyraźnych postępów w zwalczaniu niedorozwoju i znaczne zmniejszenie ilości przypadków.

Część kliniczna, to dokładne i wyczerpujące zestawienie wszystkich postaci niedorozwoju. Smutny to korowód cierpienia ludzkiego i nieszczęścia. Przy tym nie ulega wątpliwości, że coraz więcej jest dzieci niedorozwiniętych umysłowo, ponieważ płodność psychicznie małowartościowych nieraz przekracza płodność zdrowych i wartościowych jednostek. Pewnego leczenia nie ma. Jest tylko zapobieganie: walka z chorobami wenerycznymi, z alkoholizmem, usprawnienie położnictwa (pourazowy niedorozwój), może w przyszłości wytępienie zapalenia mózgu i wreszcie dalsze postępy neurochirurgii.

Obstánder (Bielsko).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

W sprawie odnowy ciałek czerwonych u dawców. A. CHEJFIC, A. POROSZINA. Klinicz. Med. T. XV. Z. 3. 1937.

Czerwone ciałka krwi ulegają zwykle całkowitej odnowie u dawców w 17 dni po upuście krwi. Retikulocyty można podzielić pod względem postaciowym na 2 grupy: 1) retikulocyty z substancją grubą i 2) retikulocyty z substancją siateczkową lub ziarnistą. W pierwszych dniach po upuście znajdują się we krwi retikulocyty o budowie przeważnie delikatnej, siateczkowej i drobno ziarnistej, od 9—12 dnia wzrasta ilość postaci grubo ziarnistych.

To spostrzeżenie może mieć praktyczne znaczenie dla oceny stanu regeneracji krwi u dawców a także dla kliniki.

M. Segal.

O zmianach w przysadce mózgowej w przebiegu beri-beri. O. MARBURG i F. WENKEBACH. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 29. Z. 1. 1936.

Badania histologiczne przysadki mózgowej 6 Chińczyków zmarłych z powodu beri-beri (znaczne osłabienie, brak apetytu, wyczerpanie mięśnia sercowego, spadek ciśnienia tętniczego wskutek rozszerzenia naczyń obwodowych, wzrost ciśnienia żylnego, przepełnienie serca prawego i jego rozszerzenie) wykazały przede wszystkim zwyrodnienie i zmniejszenie się ilości komórek zasadochłonnych, poza tym bujanie tkanki łącznej oraz miejsca odpowiadające martwicy.

Na podstawie powyższego obrazu nie można jednak wnosić czy zmiany te były pierwotne, czy wytworzyły się w następstwie zaburzeń w innych narządach (nadnercza — zapalenia sutowicze) w związku z beri-beri. *St. Malczyński* (Lwów).

Zjawisko wyrzucania pewnych ciał poza krwinki (hematexodie). R. WAITZ. Ann. de méd. T. 40. Nr 5. 1936.

Ciałka czerwone krwi mogą ulegać rozpadowi drogą hemolizy i drogą hemateksodii. Pod tą nazwą rozumie się wyrzucanie z krwinek ciał, pod postacią niteczek, ziarenek lub ciał bezpostaciowych, które można stwierdzić w ultramikroskopie. Charakter chemiczny tych ciał nie jest jeszcze określony. Liczne doświadczenia wykazały, że nie są to jednak twory sztuczne, lecz ciała spotykane u ludzi i u zwierząt w warunkach tak fizjologicznych, jak i patologicznych. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Anatomia patologiczna nowotworów nerek. J. STEIN. Medycyna. Nr 7. 1937.

Podział nowotworów nerek najodpowiedniejszy powinien być, według autora, oparty wyłącznie na budowie histologicznej. W zakres niego wchodziłyby: 1) nowotwory nabłonkowe a) łagodne: włókniaki, naczyniaki, tłuszczaki, mięśniaki, chrząstniaki i b) złośliwe: tj. mięsaki okrągło-, wrzecionowato- i różnokomórkowe, występujące dość rzadko i dające przerzuty częściej w gruczołach i innych tkankach, a nie w kościach w odróżnieniu od *ca; 2)* nowotwory nabłonkowe jak: gruczolaki (zazwyczaj niedużych rozmiarów i to w obrębie kory), raki stanowiące największą grupę nowotworów nerek. Do tej grupy należy zaliczyć także tzw., zresztą niesłusznie, nadnerczaki, które wydają się przecież tylko rakami litymi z komórek jasnych, wychodzącymi z samej tkanki nerkowej, a nie odpryśniętymi częściami nadnercza: 3) nowotwory mieszane u osobników młodych do 15 roku życia pod postacią tworów torbielowatych, potworniaków, czy guzów mieszanych, utworzonych ze wszystkich składników mezenchymalnych. *St. Malczyński* (Lwów).

Turmerie (Kurkumina) w schorzeniu dróg żółciowych. A. OPPENHEIMER. Lancet. Str. 619. 1937.

Turmerie jest rośliną wschodnią *(Curcuma domestica* i *C. longa),* używaną w leczeniu żółtaczki przez ludność tubylczą w Indiach angielskich. Kurkuma była stosowana przez Loebeza w 1748 r., a na szerszą skalę od r. 1927 dzięki Kuchowi i Suttenbergowi. Autor badał działanie kurkuminy w 103 przypadkach, stosując 0.25 g w 5.5 cm³ wody do wlewań dożylnych oraz 0.1 g kurkuminy w połączeniu z żółcianem wapnia doustnie. U zdrowych osób po wlaniu 10 cm³ 5% kurkuminy stwierdza się w cholecystogramie w 10—20 min. po wlaniu szybkie opróżnienie woreczka żółciowego, szczególnie przy równoczesnym spożyciu pokarmów tłuszczowych. Wynik działania nie jest stały, a u niektórych nie ma lek żadnego wpływu. Kurkumina wydziela się przeważnie w moczu. U 67 chorych autor stosował wyłącznie kurkuminę, przy odpowiedniej niezbyt ograniczonej diecie. Leczenie doustne nie ustępuje wlewaniom dożylnym. W większości wypadków *cholecystitis* (przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego) daje kurkumina dobre wyniki. Schemat leczenia: 3 pastylki dziennie po jedzeniu w 3 pierwszych dniach, po czym zwiększa się powoli dawkowanie do 5—8 pastylek dziennie. *Wl. Elmer* (Lwów).

Działanie fal krótkich na bakterie duru. Q. VISCHIA. La Riforma Medica. Nr 10. 1937.

Autor naświetlał falami długości 6—12 metrów różne bakterie i stwierdził, że zmieniają one siłę aglutynacyjną świeżych hodowli bakteryj durowych, powodując nawet przejściową utratę siły aglutynacyjnej.

Natomiast naświetlanie falami tej samej długości starych hodowli pałeczek duru i czerwonki nie powoduje żadnej zmiany. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Ruptura coeci w czasie płukania aparatem Broscha. E. SCATAMACCHIA. Riforma Medica. Nr 10. 1937.

Autor opisuje przypadek pęknięcia jelita ślepego u 45-letniego chorego zupełnie zdrowego w czasie zabiegu Broscha, którego następstwem było ostre zapalenie otrzewnej *(peritonitis acutissima)* i zejście śmiertelne w ciągu jedenastu godzin. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Swoista czynność dynamiczna białka w czasie uśpienia dialem. T. SANGUINETI i D. MIGONE. Academia Medica. Nr 1. 1937.

U kotów uśpionych dialem przemiana gazowa spada bardzo znacznie, niejednokrotnie do jednej trzeciej przemiany prawidłowej.

Zastosowanie białka (kazeiny) podwyższa przemianę gazową narkotyzowanego zwierzęcia do wartości, jakie stwierdza się u zwierząt nie uśpionych. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Będźwinian sodowy w leczeniu gruźlicy płuc. L. QUARANTA. Folia Medica. Nr 24. 1936.

Autor badał wpływ będźwinianu sodowego, stosowanego drogą dożylną w leczeniu gruźlicy płuc. W 14 na 15 przebadanych przypadków stwierdził autor zmniejszenie ilości dobowej plwociny i poprawę podmiotową chorych w kaszlu i stanie ogólnym. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Autohemoterapia w nadciśnieniu tętniczym w okresie menopauzy. FR. GRAZIANO. Rivista Sanitaria Siciliana. Nr 3. 1937.

Autohemoterapia stosowana w nadciśnieniu tętniczym w okresie przejściowym, daje — zdaniem autora — dobre wyniki dzięki temu, że obniża ciśnienie krwi i zmniejsza objawy podmiotowe. Te korzystne wyniki nie zjawiają się natychmiast, lecz dopiero po pewnym czasie, różnym u rozmaitych chorych i co najważniejsze są jedynie przejściowe. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Wpływ rozrzedzonego powietrza na leukocytozę. A. MANGIACAPRA. La Riforma Medica. Nr 8. 1937.

U człowieka w czasie lotu na znacznej wysokości stwierdza się pod wpływem rozrzedzonego powietrza leukocytozę. Jest to leukocytoza względna, a pochodzi ona stąd, że zapas ciałek białych dostaje się z narządów krwiotwórczych do krwiobiegu. Leukocytoza jest nieznaczna (na wysokości 6.000—7.000 metrów wzrost ciałek białych o 1.500 do 2.500) i krótkotrwała. W komorze pneumatycznej występuje ten objaw na mniejszą skalę, aniżeli w czasie lotu.

Oprócz leukocytozy stwierdził również autor u lotników, wykonujących loty na znacznych wysokościach eozynofilię, która wymaga jeszcze potwierdzenia. Zmian morfologicznych ani chemiczno-fizycznych w ciałkach białych nie stwierdzono. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Badanie pochodzenia żylaków. J. TROISIER i Le BAYON. Ann. de méd. T. 41. Nr 1. 1937.

Autorzy starali się określić wpływ dziedziczności w występowaniu żylaków kończyn dolnych. W tym celu badali genealogicznie 154 rodziny, mające razem 514 dzieci. Na podstawie tych badań doszli do wniosku, że żylaki dziedziczą się ściśle według pierwszego prawa Mendla, przy czym najprawdopodobniej żylaki są cechą ustępującą. Dotyczą one częściej kobiet niż mężczyzn (w stosunku 3:2). *Z. Webersfeld* (Lwów).

Wpływ promieni pozafiołkowych na poziom fosforu i cukru we krwi. G. PAVAN i C. MORO. Rivista di Clinica Pediatrica. Vol. XXXV. Fasc. I. 1937.

Autorzy badali zachowanie się fosforu nieorganicznego i cukru we krwi pod wpływem promieni pozafiołkowych. Poddawali naświetlaniu lampą kwarcową Hanau 14 dzieci nierachitycznych przez 2, 4, 6, 8 minut i 10 królików przez 5, 15, 30, 45 minut. Krew była badana na czczo bezpośrednio przed i po naświetlaniu.

Autorzy stwierdzili, że naświetlania małymi dawkami wywoływały tak u dzieci, jak i królików zwiększenie poziomu fosforu i zmniejszenie poziomu cukru. Naświetlania dużymi dawkami dawały wyniki wprost przeciwne.

Naświetlania surowicy poza organizmem powodowały zawsze wzrost fosforu nieorganicznego.

Na podstawie otrzymanych wyników autorzy przyjmują, że istnieje dosyć ścisły związek między ilością fosforu i cukru we krwi, związek, który utrzymuje się też po naświetlaniach promieniami pozafiołkowymi. *J. Papierkowski* (Iwonicz-Zdrój).

Badania leczenia surowicą zapalenia płatowego płuc. G. J. LANGLEY, W. MACKAY i L. STENT. Lancet. Str. 795. 1937.

Leczenie surowicą zapalenia płuc powinno się opierać na tych samych zasadach, co leczenie surowicą innych schorzeń: wczesne zastosowanie surowicy i odpowiednio wysoka dawka. Wczesne rozpoznanie zapalenia płuc jest pierwszego czy drugiego dnia dość trudne. Niemniej mimo braku pewności rozpoznania należy surowicę stosować w każdym przypadku podejrzanym (wymioty, bóle w klatce piersiowej, duszność, kaszel itp.). Autorowie wstrzykują dożylnie 20.000—40.000 jednostek surowicy przeciw zap. płuc ziarniakowemu typu I lub II, zależnie od wyniku badania bakteriologicznego, które można wykonać łatwo w ciągu 30 minut. Dawkowanie się zwiększa w ciągu następnych dni po 20.000—40.000 jednostek dziennie, aż do uzyskania dodatniego odczynu zlepnego w surowicy krwi. Niekiedy odczyn ten pojawia się już po 20.000 jednostek a niekiedy dopiero po 160.000 do 200.000 jednostek. Leczenie surowicą wstrzymuje z chwilą

uzyskania dodatniego odczynu zlepnego, pomimo utrzymywania się jeszcze objawów klinicznych zapalenia płuc.

Leczenie surowicą skraca przebieg chorobowy od 2—3 dni i zmniejsza śmiertelność. Leczenie surowicą przeciętnie kosztuje w szpitalu około 3 funty angielskie. *Wł. Elmer* (Lwów).

Niedokrewność na tle tęgoryjca. M. FIKRI i P. HALIOUNGUI. Lancet. Str. 800. 1937.

W 12 wypadkach na 18 badanych stwierdzono obniżoną tolerancję węglowodanową po obciążeniu ustroju doustnie cukrem gronowym. Jako przyczynę podaje się zaburzenia we wchłanianiu, ponieważ po dożylnym obciążeniu krzywa cukru we krwi przebiegała prawidłowo. *Wł. Elmer* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Przyczynek do dietetyki w kamicy nerkowej. W. POLLAK. Med. Klin. Nr 51. 1936.

Nawet żywienie zupełnie jednostronne z równoczesnym ograniczeniem płynów nie potrafi u zdrowego człowieka wywołać kamicy nerkowej. Dopiero inne czynniki, jak usposobienie, zakażenie, uraz, ciało obce i podobne uszkodzenia dróg moczowych mogą wywołać kamyki. W każdym razie ilość i jakość płynów i sposób żywienia stanowią wówczas ważne momenty sprzyjające powstawaniu kamyków. Toteż lecznicze zmiany diety oraz ilości płynów i odczynu moczu same nie potrafią usunąć skłonności do tworzenia się kamyków. Mimo to należy jednak w każdym przypadku kamicy moczowej starać się o rozcieńczenie moczu. Jeśli więc idzie o wypędzenie małego kamyka z miedniczki nerkowej lub z moczowodu zalecamy przez kilka dni picie 2—3 l a nawet 4 l płynów dziennie. Tylko w razie istnienia choroby nerek, wątroby i układu krążeniowego należy unikać tak wielkich ilości napojów. Po odejściu kamyka albo celem zapobiegania nawrotom wystarczy pić 1500—2000 cm³ płynu na dobę. Rodzaj napoju (soki owocowe, herbaty moczopędne, wody mineralne) jest przeważnie obojętny. Dieta musi być przestrzegana przez kilka lat, dlatego musi być ujęta łagodnie, gdyż wszelkie ostre przepisy nie są na tak długo wykonalne. Przy kamieniach moczanowych zabraniamy używania kawy ziarnistej, mocnej herbaty, spożywania narz. wewn., rosołów, sosów i ekstraktów mięsnych. Dozwolone są w miernej ilości mięso duszone, potrawki, mięso smażone i pieczyste a całkowicie dozwolone są: jaja, jarzyny, mleko, tłuszcze, owoce i soki owocowe, leguminy i mięso gotowane. Przy kamieniach szczawianowych i moczeniu szczawianowym zabraniamy tylko potraw obfitujących w szczawiany więc: kakao, czekolada, szpinak, szczaw a także pomidory, które zawierają wprawdzie względnie mało kwasu szczawiowego, wzmagają jednak znacznie wydzielanie szczawianów moczem. Surowizny jarskie wzmagają również wydzielanie szczawianów w moczu nie tak, jak pożywienie białkowe. Fosforany i kamienie wapniowe są to złogi, które powstają prawie wyłącznie w moczu zakażonym, dlatego leczenie ich musi być chirurgiczne a dieta musi się ograniczyć do zwalczania zakażenia i do podniesienia kwasoty moczowej. Nie należy zatem zabraniać mięsa i jaj, wzmagających kwasotę moczu i zalecać jeszcze potrawy strączkowe, krupy, chleb, ocet, ożyny, śliwki, porzeczki, itp. Przy kamykach cystynowych i moczeniu cystynowym należy możliwie jak najwięcej ograniczyć białka i alkalizować mocz, gdyż mocz zasadowy rozpuszcza najlepiej cystynę. Przykre jest położenie w kamieniach mieszanych, dlatego dieta nie może tu być zbyt zaostrzona i zabraniać można wyłącznie spożywania tych potraw, które mogą rzeczywiście zwiększyć ilość ciał tworzących kamyki moczowe. Dlatego musimy każdy przypadek kamicy moczowej leczyć indywidualnie. *Fels* (Lwów).

Grupy krwi i rak. E. TAGLIAFERRO. Min. Med. Nr 9. 1937.

Autor stwierdził u 222 osobników chorych na raka, iż należeli do grupy A. Dalej kontrolując podania niektórych autorów o możliwości zmiany grupy krwi pod wpływem naświetlania promieniami Roentgena sądzi, że autorzy ci popełniali błędy w oznaczaniu grupy krwi, gdyż nigdy sam nie stwierdził zmiany grupy krwi u danego osobnika. *Mester* (Kraków).

Sprue nietropikalna. A. ALLODI i P. RAVENNA. Min. Med Nr 9. 1937.

Omawiając etiologię i patogenezę tego schorzenia, autorzy podnoszą, iż obok klimatu duże znaczenie ma rasa: biali częściej zapadają aniżeli kolorowi, a z białych blondyni częściej od brunetów. Autorzy przyjmują teorię niedoboru, a w leczeniu obok diety ubogiej w tłuszcze, a bogatej w węglowodany i białka, zalecają leczenie wątrobą lub wyciągami wątrobowymi. *Mester* (Kraków).

Hemoglobinuria w zimnicy (leczenie jej witaminą C). G. CASTROVILLI. Min. Med. Nr 11. 1937.

Autor opisuje przypadek hemoglobinurii w przebiegu trzeciaczki o dobrotliwym przebiegu, bez żółtaczki i bez hemoglobinemii. Brak tych dwóch objawów i hiperurobilinurii wskazuje na to, że hemoliza występowała w nerkach. Po podaniu witaminy C, hemoglobinuria zaraz ustąpiła, a dalsze leczenie zimnicy atebriną i plazmochiną sprowadziło zupełne wyleczenie. *Mester* (Kraków).

O niektórych przejawach alergicznych dobrotliwych, lecz niezupełnie dających się rozpoznać. W. C. SPAIN. l Quad. dell'Allergia. N. L. 1937.

Obok typowych objawów alergicznych jak: gorączka sienna, dychawica oskrzelowa, pokrzywka i obrzęk naczynio-nerwowy, istnieją objawy z pewnością alergiczne, lecz trudne do stwierdzenia. Są to przypadki alergiczne o bardzo słabym nasileniu lub objawy alergiczne przeplatane innymi; dalej należy tu wyprysk, migrena i zaburzenia jelitowe. Te drobne objawy dadzą się sprawdzić przy pomocy wywiadów rodzinnych, prób skórnych i innych. Autor dzieli te objawy alergiczne na 3 grupy: 1) oddechową, 2) żołądkowo-jelitową i 3) skórną. *Ad* 1. Tu należą tzw. „ostre przeziębienia" przejawiające się kichaniem, łzawieniem, swędzeniem oczu, itd. *Ad* 2. W grupie tej rozróżnić należy typ bezpośredni, gdzie objawy występują w kilka sekund do 3 godzin po spożyciu danego pokarmu i typ opóźniony, w którym objawy występują od 3 godzin do kilku dni. Na objawy te składają się: „niedyspozycja żołądkowa", obłożenie języka, *foetor ex ore*, zaburzenia jelitowe, uczucie ciężaru w okolicy żołądka, nudności, wymioty, odbijania gazowe i inne. *Ad* 3. Objawy skórne występują nie tylko jako objaw alergiczny po spożyciu danego pokarmu lub leku, lecz również i po zetknięciu się skóry lub błony śluzowej z czynnikiem wywołującym alergię. *Mester* (Kraków).

Tamowanie najcięższych krwawień we wszystkich postaciach skazy krwotocznej i krwawiączki za pomocą pozajelitowego stosowania witaminy C („Cebionu" Mercka). A. BÖGER i H. SCHRÖDER. Münch. med. Woch. Nr 35. Str. 1385. 1934.

Autor donosi o przypadku „ostrej" samoistnej trombopenii przy prawie całkowitym braku trombocytów we krwi. Poza tym istniały bardzo ciężkie krwotoki skórne, śluzówki i nerek. Już w 4 dni po wstrzykiwaniach dożylnych 150 mg dziennie Cebionu Mercka (= witaminy C) udało się krwawienia całkowicie zatamować. *J. Bader* (Warszawa).

Leczenie przypadków colitis gravis za pomocą kwasu askorbinowego. GÉZA HETÉNYI. Klin. Woch. Nr 41. Str. 1470. 1935.

Jak wiadomo, leczenie przypadków *colitis gravis* daje małe wyniki. Autor próbował stosować kwas askorbinowy, który przede wszystkim doskonale tamuje krwawienia, a poza tym zaopatruje chorych w witaminę C, której w tych przypadkach brak. Leczono kwasem askorbinowym 7 chorych. 2 przypadki były spowodowane czerwonką, poza tym były 3 przypadki przewlekłego owrzodzenia zapalnego odbytnicy i esicy; jeden przypadek owrzodzenia zapalnego odbytnicy niewiadomego pochodzenia oraz jeden przypadek wysoko umiejscowionego raka odbytnicy, rozpoznanego pierwotnie jako *colitis gravis*. Stosowanie kwasu askorbinowego dało dobre wyniki. U 14-letniego chłopca z owrzodzeniem zapalnym odbytnicy kwas askorbinowy miał tylko chwilowe działanie. Nie można jeszcze wydać ostatecznego zdania o tym sposobie leczenia, ani nic stanowczego powiedzieć o trwałości osiągniętego wyleczenia. *J. Bader* (Warszawa).

Wyciągi jądrowe w leczeniu szczepionkami. ALVARO VIEIRA. O Hospital. R. 8. Nr 11. Str. 1325—1329. 1936.

Na podstawie klinicznych doświadczeń autor stwierdził, że wyciągi jądrowe wykazują niezawodne działanie skeptofilaktyczne przeciw zjawiskom anafilaktycznym towarzyszącym leczeniu szczepionkami. Wyciągi działają tak przy stosowaniu pozajelitowym roztworów wodnych i oleistych, jak i doustnym, a to zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Zbadane zostały: Androstina A i B domięśniowo. Intotestan w zastrzykach i Falutrat doustnie. *W. Kurowski* (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Uchyłki jelita grubego z punktu widzenia chirurgicznego. R. SOUPAULT. Arch. Mal. App. Digest. T. 26. Nr 8.

Uchyłki wrodzone czyli prawdziwe występują bardzo rzadko i nie mają praktycznego znaczenia, natomiast uchyłki nabyte mogą być punktem wyjścia ciężkiego schorzenia jelita. Są to

wypuklenia błony śluzowej poprzez mięśniówkę, wypełnione często kałem, który twardniejąc może być źródłem ciężkich następstw. Uchyłki mogą występować na przestrzeni całego jelita grubego, najczęściej jednak, bo w 75—95% na esicy. Zapalenie uchyłka może prowadzić do zwykłego obrzęku ścian jelit lub do nacieku, do ropienia a nawet do przebicia w razie martwicy ściany jelita. Nacieczone ściany esicy mogą mieć wygląd guza, który może dawać zlepy z narządami sąsiednimi: z siecią, jelitami cienkimi, pęcherzem, tudzież z powłokami brzusznymi. Zapalenia uchyłka mogą być przyczyną ropni, które przebijają się do narządów sąsiednich lub też w okolicy odbytu, moszen, pachwiny lub też do jamy otrzewnowej. Należy nadmienić, iż istnieje w pewnym odsetku przypadków skłonność do zwyrodnienia rakowatego. Co się tyczy występowania uchyłka w ogólności, to wedle Rankina i Browna na 24.600 prześwietleń jelita grubego przypada 1.398 uchyłków, czyli około 5.67%. Wedle statystyk Mayo 34% uchyłków ulega zapaleniu.

Klinicznie rozróżniamy zapalenie uchyłków: podostre, ostre i przewlekłe. Zapalenie podostre cechują ataki bólów najczęściej w okolicy lewego talerza biodrowego, stolec w ogóle zaparty, z kiszki stolcowej wydziela się nieco treści śluzowej lub ropnej, bardzo rzadko z domieszką krwi, małe zwyżki ciepłoty, nieznaczne zgrubienie w miejscu zapalenia. Badanie przez kiszkę stolcową ujemne. Po pewnym czasie objawy te mogą ustąpić, a po krótszym lub dłuższym okresie czasu, czasem po kilku latach wracają. Nasilenie objawów wymienionych jest zależne od jadowitości drobnoustrojów.

Ostre zapalenie uchyłka może wystąpić bądź to w przebiegu ataku podostrego, bądź też bez żadnych poprzedzających objawów chorobowych. Przychodzi do przebicia, bądź do wolnej jamy otrzewnowej, bądź do przestrzeni ograniczonej zlepami, bądź też pomiędzy blaszki krezki. Przewlekłe zapalenie uchyłka może być następstwem podostrego zapalenia i przebiega pod dwiema postaciami. W pierwszym wypadku nacieczone ściany jelita, zrosty otrzewnowe i zlepy z narządami sąsiednimi tworzą masę podobną do guza nowotworowego. Stan zapalny może przejść na narządy sąsiednie, zwłaszcza pęcherz moczowy i dawać przetoki lub też wytwarzać przeszkody mechaniczne. Drugą postać cechują zmiany dotyczące przede wszystkim błony śluzowej i podśluzowej jelit; światło jelita ulega zwężeniu, skutkiem czego występują odpowiednie objawy kliniczne.

Metody badania zapalenia uchyłków:

1) prześwietlenie przy pomocy lewatywy kontrastowej, co do której należy być ostrożnym w okresie podostrego zapalenia ze względu na możliwość przebicia ściany jelita i

2) rektoskopia, która często zawodzi.

Leczenie: wewnętrzne wskazane tylko w lekkich postaciach podostrego zapalenia. W pozostałych przypadkach leczenie chirurgiczne. Autor opisuje dokładnie metody operacyjne w poszczególnych postaciach zapalenia. *M. Scheps* (Lwów).

Endometriosis perinealis. V. BELGRANO. Accademia Medica. Nr 2. 1937.

Autor przedstawia ze stanowiska anatomo-patologicznego, klinicznego i patogenetycznego przypadek *endometriosis perinealis*, który jest z tego względu interesujący, iż punktem wyjścia była stara blizna po pęknięciu krocza w czasie porodu.

J. Papierkowski (Iwonicz-Zdrój).

Sakralne (epiduralne) znieczulenie przy operacjach ginekologicznych i niektórych chirurgicznych. N. N. CZERNIGOWSKIJ Wracz. Dieło. Nr 12. 1936.

Na podstawie 302 przypadków autor dochodzi do wniosków następujących: przy zabiegach na kroczu, w pochwie i na macicy — znieczulenie sakralne (z. s.) jest lepsze aniżeli znieczulenie lędźwiowe lub narkoza, ponieważ przy z. s. nie występują te przykre objawy uboczne i powikłania, jakie obserwujemy przy innych sposobach znieczulenia. Z. s. ma jeszcze tę przewagę nad znieczuleniem infiltracyjnym, że nie zmienia stosunków anatomicznych w polu operacyjnym i jest prostsze technicznie. Operując w jamie brzusznej należy zaniechać z. s. przy dużych zrostach zapalnych. Wiek chorej jest bez znaczenia; autor wykonał z. s. u kilku 70—75-letnich staruszek z dobrym wynikiem. Ogólne schorzenia, jak np. gruźlica, wady serca, choroby nerek — są wskazaniem do stosowania z. s.

Jako płynu znieczulającego używał autor *Sol. Novocaini* 1% — 100.0, *Natr. chlor.* 0.8, *Adrenalini* 1/1000 gt. XII. Minimalna daka nowokainy wynosiła 0.4, maksymalna 1.0. Czas trwania znieczulenia 2—2½ godz. przeciętnie 1½ godz. Znieczulenie rozpoczyna się po 8—15 min. poczynając od krocza ku górze i dochodzi niekiedy do sutków. *M. Segal.*

Laboratoryjna metoda przygotowania tlenku azotu do znieczulania. A. BOSIN. Wracz. Dieło. Nr 1. 1937.

Tlenek azotu coraz częściej bywa stosowany do narkozy szczególnie w Ameryce. Oddychanie mieszaniną składającą się z 79 obj. tlenku azotu i 21 obj. tlenu pod ciśnieniem 1,25—1.5 atm. prowadzi do bardzo szybkiej utraty czucia i przytomności. Po zaprzestaniu wdychiwania równie szybko powraca przytomność, przy czym powikłania są bardzo rzadkie. Ponieważ przemysł chemiczny w Sowietach nie produkuje tlenku azotu autor podaje sposób produkowania tego środka metodą laboratoryjną, która może być zastosowana w każdym zakładzie położniczym, szpitalu itp. (Dokładny opis produkcji).

W ciągu dnia można wyprodukować 150—200 l gazu.

M. Segal.

Gruźlica części pochwowej macicy. W. SZENWIC. Ginek. Pol. T. XV. Z. XI—XII.

Opis badanego przez autora przypadku. Badanie mikroskopowe wyrośli z części pochwowej wykazało twory polipowate o charakterze brodawczakowatym. Autor zwraca uwagę na konieczność dokładnego badania mikroskopowego celem ustalenia rozpoznania gruźlicy, gdyż w ten sposób można uniknąć stosowanej przy raku operacji doszczętnej, która jednak jest połączona z ryzykiem dla chorej.

Leczenie polegało na wyskrobaniu macicy, powlekaniu jodyną i naświetlaniu Roentgenem. *M. Segal.*

Cięcie cesarskie po przetoce maciczno-brzusznej według Sellheima. M. SERINI. Ginek. Pol. T. XV. Z. XI—XII.

Chora po czterokrotnych próbach nałożenia kleszczy została skierowana do kliniki i rozwiązana cięciem cesarskim. Przy następnej ciąży została rozwiązana drogą cięcia cesarskiego metodą Sellheima, ze względu na podniesienie ciepłoty i istnienie przetoki pęcherzowo-pochwowej po poprzednim porodzie. Do pęcherza założono cewnik Skenego. Po raz trzeci zgłosiła się do porodu z położeniem płodu poprzecznym i została rozwiązana cięciem cesarskim, przy czym wykonano ubezpłodnienie. Przetoka w międzyczasie zagoiła się samoistnie.

Przypadek powyższy wykazuje, że operacja Sellheima nie wyłącza powrotu narządu rodnego do czynności prawidłowej.

M. Segal.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polska Akademia Umiejętności. IV Wydział Lekarski.

Posiedzenie z dnia 26 kwietnia 1937 roku.

Przewodniczący: Dyr. H. Hoyer.

Czł. St. Dąbrowski przedstawia pracę wykonaną wspólnie z W. Łapą pt.: *O zachowaniu i poziomie równowagi stężeń chloru w krwinkach a osoczu w przebiegu niedokrwistości złośliwej i innych chorób krwi.*

Wszyscy autorzy są zgodni w tym, że stężenie chloru w osoczu krwi w przebiegu niedokrwistości złośliwej pozostaje niezmienne ponad przeciętną wartość prawidłową, a po wyzdrowieniu chorego doznaje nieznacznego obniżenia. Okazało się wszakże, że chlor w krwinkach zachowuje również stałość swego stężenia, które jest nieco wyższe od prawidłowego w niedokrwistości złośliwej i prawie dwukrotnie większe w przypadkach poliglobulii.

Autorzy w pracy obecnej stwierdzili, że wzrost, wyrażony w odsetkach wolnej wody osmotycznej w określonej objętości krwinek, towarzyszy odzyskiwaniu przez krwinki chloru, które się odbywa w ciągu choroby aż do wyzdrowienia. Ustala się równowaga pomiędzy początkową rozcieńczoną zawartością krwinek a stopniowym wzrostem chloru w krwinkach tak, że stężenie chloru wewnątrz czerwonych ciałek pozostaje niezmienne w czasie leczenia, na poziomie nieco wyższym od prawidłowego.

Krwinka więc, zubożała w chlor w okresie czynnym niedokrwistości złośliwej, odzyskuje go w czasie leczenia. Lecz wzrastanie ilościowe tego pierwiastka jest równoważone przez stopniowe rozcieńczanie zawartości krwinki, skąd wynika, że stężenie chloru w krwinkach pozostaje stałe i niezmienne. U osób chorych na niedokrwistość złośliwą, które były badane przez autorów, poziom stężenia chloru w krwinkach okazał się 5.7% wyższy ponad jego wartość prawidłową. Na szczególną zasłu-

guje uwagę, że podobne wnioski autorzy wyprowadzili ze znanych badań Hendersona i jego współpracownika, zawartych w książce *The Blood*. Okazało się, że stężenie chloru krwinek w ich wodzie wolnej w przebiegu niedokrwistości złośliwej jest stałe i 4% wyższe ponad poziom prawidłowy.

W przypadkach poliglobulii stosunki są pod względem ilościowym wprost odmienne: gdy objętość średnia krwinki zmniejsza się o jedną trzecią w stosunku do jej objętości prawidłowej, gdy zawartość hemoglobiny i jej stężenia w krwinkach pozostają prawidłowe, to stężenie chloru w krwinkach wzrasta niemal dwukrotnie, a ilość chloru wzrasta o 42%.

W rozpatrywanych przypadkach chorób krwi przy znacznych wahaniach ilości chloru w krwinkach, jeżeli brać pod uwagę niedokrwistość złośliwą i poliglobulię. to stężenie chloru w krwinkach okazało się stałe na różnych poziomach w przebiegu tych chorób i przy tym równe stężeniu chloru w osoczu. Podobne wyniki otrzymane przez autorów z przeliczenia badań Hendersona wykazują, że zastosowanie *a priori* zasad teorii równowagi, zachodzącej wobec na wpół przepuszczalnej błony pomiędzy elektrolitami dyfundującymi przez te błony, a niezdolnymi przez nią przenikać („równowaga Donnana") do krwi jako pewnej całości biologicznej, nie da się utrzymać.

Z badań powyższych wynika dla klinicystów wniosek, że stężenie chloru w osoczu jest miarą stężenia chloru w krwinkach, co uprościło by niektóre badania hematologiczne w przebiegu chorób.

Czł. K. Lewkowicz przedstawia swoją pracę pt.: *Nowy pogląd na bieg spraw gruźliczych i jego zależność od wahań uczulenia tuberkulinowego i swoistego uodpornienia ogólnego i miejscowego.*

1. W gruźlicy należy ściśle rozdzielić dwa szeregi zjawisk:

a) właściwe gruźlicze jako ogólne sprawy zakaźne, tworzące się we krwi i żywych tkankach ustroju;

b) sprawy przygruźlicze, polegające na tworzeniu się mas serowatych, tkwiących wprawdzie w ustroju na podobieństwo ciał obcych, ale do ustroju nie należących, bo nie złożonych z tkanek żywych.

2. Na kliniczny bieg gruźlicy składa się szereg rozdzielonych okresami zdrowia, ogólnych posoczniczych chorób ostrych, z których każda — podobnie, jak jakakolwiek inna ogólna choroba bakteryjna ostra — kończy się w razie korzystnego przebiegu pełnym nadgranicznym uodpornieniem. Uodpornienie to doprowadza do zupełnego wygubienia zarazków w żywych tkankach, po zakończeniu jednak posoczniczego stanu powoli opada tak, że z chwilą przekroczenia granicznego poziomu ponowne zakażenia stają się znowu możliwe.

3. Jako pełny typ początkowej gruźlicy, tj. choroby występującej w 3—7 tygodni po zakażeniu, należy uważać rumień guzowaty. Łączy się on z wytworzeniem najsilniejszego uczulenia i uodpornienia, jakie w ogóle w przebiegu spraw gruźliczych mogą powstać.

4. W związku z przepojeniem prątka gruźliczego istotami woskowatymi nie może on wejść w ściślejsze zetknięcie z protoplazmą komórek i nie może tym samym pobudzać jej do wytwarzania swoistych humoralnych oddziaływaczy. Toteż alergia przeciwgruźlicza nie może być przyrody humoralnej, lecz polega na swoistym tkankowym przestrojeniu. Uodpornienie, będąc wyłącznie tkankowym, nie może się też oczywiście rozciągać na ser gruźliczy.

5. Po zakończeniu każdej z poszczególnych posocznic pozostają tkwiące w ciele, a naładowane zwykle żywotnymi prątkami masy serowate. Ustrój stara się od nich, jako od ciała obcego, odgrodzić wałem zapalnym, potem torebką włóknistą, a niekiedy doprowadza do ich zwapnienia. Odgrodzenie jest jednak często nieszczelne, toteż — po opadnięciu uodpornienia do wartości podgranicznych — z ognisk tych mogą wychodzić z łatwością nowe posocznicze zakażenia.

6. Trzeciorzędna gruźlica płuc powstaje — gdy uzyskane w gruźlicy początkowej miejscowe uodpornienie płuc ostatecznie zanikło — przy sposobności jakiegokolwiek obfitego posoczniczego wysiewu, albo jeżeli wytworzy się w płucach jedno większe ognisko, albo jeżeli kilka ognisk przerzutowych zleje się ze sobą na większą masę serowatą. Mimo, że temu powstaniu towarzyszy niewątpliwie wzmożenie uodpornienia uniemożliwiające tworzenie się humoralnych przerzutów, to jednak zmiany mogą się szerzyć w obwodzie stykowo i kanalikowo, a to: 1) dlatego, że — wbrew zdaniu Rankego, który w tym okresie przyjmował najwyższe stopnie uodpornienia — jest ono wtedy, wprost przeciwnie, tylko bardzo słabe, przygraniczne, a 2) z tego powodu, że prątki gruźlicze, zawarte w serze, mogą działać w tych warunkach na sąsiednie tkanki za pośrednictwem jadów i doprowadziwszy do znacznego obniżenia ich żywotności, mogą bezkarnie przygotowany teren zajmować.

7. W związku z powyższym należy odrzucić następujące zapatrywania, wprawdzie prawie ogólnie przyjęte, ale mimo to nie tylko bardzo słabo uzasadnione, lecz przeważnie wprost bezkrytycznie powtarzane przez jednych autorów za drugimi:

a) jakoby gruźlica była chorobą z natury przewlekłą, mniej lub więcej jednokierunkowo czy „cyklicznie" przebiegającą lub przynajmniej ciągłą, i jakoby odpowiadała w swej całości przebiegowi jakiejkolwiek choroby zakaźnej, w szczególności przebiegowi kiły;

b) jakoby uodpornienie przeciwgruźlicze było odpornością szczególnego rodzaju, mianowicie jakoby było ono zawsze tylko względne, tj. jakoby mogło ono działać tylko przeciw zakażeniom dodatkowym, a było bezsilne wobec zarazków pochodzących z pierwszego zakażenia;

c) jakoby w związku z tym gruźlica była chorobą z natury nieuleczalną;

d) jakoby uodpornienie przeciwgruźlicze związane było — podobnie, jak przeciwkiłowe — z symbiozą zarazkowo-tkankową, jakoby zatem musiało natychmiast zanikać, gdyby tylko symbioza ta mogła kiedykolwiek zupełnie ustać.

8. Nowy pogląd daje wytłumaczenie następujących, dotąd niewyjaśnionych zjawisk:

a) otarbiania się i wapnienia zmian pierwotnych przez udowodnienie najwyższego uodpornienia w gruźlicach początkowych;

b) patogenezy początkowych i popoczątkowych uleczalnych zapaleń płucnych przez przyjęcie dla nich tych samych warunków, które istnieją przy powstawaniu rumienia guzowatego;

c) rozchodzenia się zmian rumienia i uleczalnych nacieków płucnych przez stwierdzenie, że dzieje się to — po doszczętnym zniszczeniu prątków — drogą proteolizy skażonych komórek dokonywanej przez leukocyty;

d) patogenezy gruźlic wtórorzędnych przez przyjęcie jako warunków:

1) opadnięcia poprzednio wytworzonego uodpornienia ogólnego do stanu nieznacznie podgranicznego;

2) szybkiego w ciągu sprawy wznoszenia się tegoż uodpornienia do wartości nadgranicznych;

3) miejscowego uodpornienia całych płuc, jako wyniku początkowej posocznicy, zasiewającej prątkami głównie płuca;

4) rozsianego tylko miejscowego uodpornienia reszty organizmu, w którym pozostawałyby wskutek tego wyspy nieuodpornione lub niedostatecznie uodpornione;

5) patogenezy gruźlic trzeciorzędnych przez przyjęcie dla nich tych samych warunków powstawania co dla gruźlic drugorzędnych, z tym jednak wyjątkiem, że uodpornienie miejscowe płuc (3) przyjmuje się za wygasłe.

Czł. M. Konopacki i St. Ciechanowski przedstawiają pracę Z. Zakrzewskiego pt.: *O przeszczepianiu nowotworów miazgą tkanek płodów, pochodzących z matek szczepionych przeszczepialnymi nowotworami.*

W r. 1931 ogłosił Tinozzi wyniki swych badań, w których dowiódł, że jeśli szczepić pod skórę myszy normalnych miazgę płodów, pobranych z myszy szczepionych nowotworami, wtedy miazga taka wywołuje powstanie nowotworu. Ponieważ ani krew, ani też miazga narządów lub też łożyska ciężarnej a szczepionej nowotworem myszy nie wywoływały nowotworów, przeto sądzi Tinozzi, że jest nieprawdopobnym, ażeby płody nabierały własności wywoływania nowotworów wskutek obecności w nich komórek nowotworowych, które by do nich przeniknęły z ustroju matki. Przypuszcza natomiast, że do płodów przenika pewien bezkomórkowy czynnik nowotworowy, który, przeniesiony razem z płodową tkanką na zdrowe zwierzęta, wywołuje w ich ustroju nowotworowe przeobrażenie się prawidłowych komórek. Wyniki badań Tinozziego potwierdził wkrótce Tesauro, nie potwierdził ich natomiast E. Fränkel. W badaniach Tinozziego i Tesaura powiodło się przeszczepić nowotworową miazgę płodową w 14 doświadczeniach. Autor potwierdził już w r. 1933 w 16 doświadczeniach na myszach i szczurach szczepionych mięsakiem wyniki uzyskane przez badaczy włoskich. Również Marchesi doniósł o jednym dodatnim doświadczeniu.

Autor wykonał szereg dalszych badań, których wyniki są następujące:

1. W 25 doświadczeniach powiodło się wywołać mięsaka Ehrlicha u myszy szczepionych miazgą z płodów, których matki szczepione były tym samym nowotworem.

2. W 7 doświadczeniach powiodło się wywołać mięsaka Jensena u szczurów szczepionych miazgą tkanek płodów, oraz w 2 doświadczeniach miazgą noworodków, których matki szczepione były tym samym nowotworem.

3. Jeśli szczepić mięsak Ehrlicha w mięsień tylnych kończyn zdrowych myszy, a w dwa dni później pod skórę grzbietu w okolicę łopatek wszczepić miazgę tkanek prawidłowych płodów, wtedy teżże przeszczep płodowy, pobrany z tych zwierząt w 12—16 dni później i wszczepiony zdrowym myszom prawie zawsze wywołuje w miejscu szczepienia powstanie mięsaka Ehrlicha. Szczepienia wykonane tkanką płucną tych samych zwierząt, a zatem tkanką, która w myśl doświadczeń Flaksa zatrzymywać powinna prawie wszystkie komórki nowotworowe krążące we krwi, znacznie rzadziej wywoływały nowotwory, niż szczepienia tkanką przeszczepu płodowego.

4. W doświadczeniach, w których poddawano hodowle tkanek płodowych działaniu osocza lub surowicy, pobranej ze zwierząt szczepionych nowotworem, lub też działaniu bezkomórkowego przesączu tkanek nowotworowych, nie powiodło się (z wyjątkiem jednego przypadku) hodowli takich zamienić na hodowle tkanki nowotworowej. Hodowle te, szczepione pod skórę zdrowych zwierząt, nie wywoływały nowotworów.

5. Tkanki płodów ciężarnych myszy szczepionych nowotworem, hodowane w różnych warunkach poza ustrojem, nie przeobrażały się na tkanki nowotworowe, zatracały natomiast zdolność wywoływania nowotworów u zdrowych zwierząt.

Z badań tych można by wysnuć wniosek, że przypuszczalnie istniejący czynnik nowotworowy znajduje się we krwi, nie ma go natomiast w osoczu i surowicy, ponieważ adsorbuje się na elementach komórkowych krwi, albo też czynnik ten jest bardzo wrażliwy tak, że we krwi wynaczynionej szybko staje się nieczynnym.

Jakkolwiek brak jest dotychczas niezbitych dowodów na istnienie w nowotworach zwierząt ssących bezkomórkowego czynnika nowotworowego, to jednak istnieją poważne poszlaki, że czynnik taki istnieje, choć w prawidłowych warunkach z trudem da się uzyskać.

Czł. R. Nitsch i M. Franke przedstawiają pracę Z. Zakrzewskiego pt.: *Wpływ narkozy na wzrost nowotworów, na oporność i odporność przeciw nowotworom.*

W dawniejszych badaniach udało się dowieść, że antyprotrombina hamuje tak poza ustrojem (Zakrzewski), jak również i w ustroju (Zakrzewski, H. Schmidt), wzrost tkanek. Badania te potwierdzili i rozszerzyli H. J. Fuchs, Nystroem, A. Ficher. Można było zatem przypuścić, że odwrotnie spadek ilości antyprotrombiny działać będzie przyspieszająco na wzrost tkanek.

Wstępne badania dowiodły, że przewlekłe narkotyzowanie królików eterem obniża trwale ilości antyprotrombiny we krwi. Wobec tego przystąpiono do badań wpływu narkozy na wzrost przeszczepialnych mięsaków szczurów i myszy. Badania te potwierdziły wyżej wspomniane przypuszczenia, ponieważ okazało się, że wzrost nowotworów istotnie jest szybszy u zwierząt narkotyzowanych niż u zwierząt kontrolnych.

W dalszych doświadczeniach, w których badano wpływ narkozy na oporność i odporność szczurów niepodatnych lub odpornych na mięsaka Jensena, stwierdzono:

1) że narkoza eterowa lub chloroformowa, powtarzana codzień przez dni 20, znosi całkowicie wrodzoną odporność szczurów, o ile odporność nie jest zbyt silna;

2) że narkoza taka osłabia odporność miernego stopnia, nie obniża natomiast odporności silnie zaznaczonej;

3) że oporne szczury, usypiane codziennie przez dożylne zastrzyki *evipan-natrium*, nie tracą pod wpływem tego środka swej odporności; środek ten nie wpływa również na szybkość wzrostu nowotworów.

Ponieważ, jak dowiodły dawniejsze badania autora, wykonane wspólnie z Kraszewskim, *evipan-natrium* nie przyspiesza zupełnie krzepnienia krwi, ani jeśli wstrzyknąć go dożylnie, ani też przy dodaniu do krwi wynaczynionej, czym różni się od narkotyków takich, jak eter i chloroform, które krzepnienie przyspieszają, przeto wydaje się prawdopodobnym, że istnieje ścisły związek między działaniem jakiegoś środka na krzepnienie, a działaniem jego na oporność przeciwnowotworową.

Chociaż na podstawie tych badań byłyby przedwczesne jakiekolwiek wnioski praktyczne, to jednak warto by zwrócić uwagę na to, czy istnieje związek między środkiem usypiającym zastosowanym przy zabiegach operacyjnych na chorych z nowotworami, a wczesnością pojawienia się nawrotów lub też szybkością wzrostu pozostałych w ustroju przerzutów.

Czł. R. Nitsch i M. Franke przedstawiają pracę Z. Zakrzewskiego pt.: *O odporności przeciw nowotworom złośliwym.*

Wiadomo, że nowotwory można przeszczepiać na zwierzęta zdrowe, wiadomo również, że istnieją zwierzęta obdarzone wrodzoną niepodatnością na szczepienie tkanką nowotworową. Wiadomo wreszcie, że można podatne zwierzęta uodpornić, przy czym uodpornić je można zarówno tkanką nowotworową, jak i prawidłową. Wynika z tego, że odporność ta nie jest bezwzględnie swoista.

Z licznych badań wiadomo, że śledziona ma wybitne znaczenie w zjawisku odporności przeciw nowotworom. Narząd ten jednak nie tylko utrudnia przyjmowanie się przeszczepów tkanek nowotworowych, ale, jak to dowiedli Marine i Manley, również i przeszczepów tkanek prawidłowych.

Ze względu na to, że ten sam narząd wpływa na wzrost tak tkanek prawidłowych, jak również i nowotworowych i ze względu na to, że można tkanką prawidłową uodpornić przeciw nowotworowej, nasuwa się pytanie, czy odwrotnie nie można by tkanką nowotworową uodpornić przeciw tkance prawidłowej.

Ażeby odpowiedzieć na to pytanie, wykonał autor doświadczenia, w których szczepił tkanki prawidłowe płodów szczurzych na szczury silnie uodpornione tkanką mięsaka Jensena.

Badania te dowiodły, że gdy przeszczepy płodowych tkanek utrzymują się u szczurów prawidłowych przez 6—8 tygodni, to u szczurów uodpornionych nowotworową tkanką wsysają się one w ciągu 10—20 dni. Wynika stąd, że odporność przeciwnowotworowa, jaką spotyka się u zwierząt uodparnianych, nie jest skierowana przeciw tkance nowotworowej jako takiej, lecz przeciw każdej obcej ustrojowi tkance, bez względu na jej charakter. Słuszniej by było zatem mówić o odporności na przeszczepy, niż o odporności na nowotwory.

Pojęcie odporności przeciwnowotworowej pojawiło się głównie dzięki badaniom nowotworów przeszczepialnych. Analogicznych zjawisk odpornościowych u ludzi lub też zwierząt dotkniętych samoistnym nowotworem nie spotykamy.

Ponieważ nowotwór samoistny jest tkanką własną chorego ustroju, przeto i teoretycznie nie ma podstaw dla przypuszczenia, że ustrój taki będzie z nim staczać czynną walkę. Przeciwnie, nawet można było przypuszczać — a wszelkie dane wskazują na to, że tak jest istotnie — że ustrój wspomaga komórkę nowotworową, jak tylko może, i że dostarcza jej, analogicznie jak każdej niedojrzałej a mnożącej się komórce, wszystkich tych czynników, które potrzebne są dla jej życia i wzrostu.

Ponieważ określenie „odporność przeciwnowotworowa" podsuwać może błędne pojęcia o odczynie ustroju na nowotwór i ponieważ nie ma podstaw ani faktycznych ani teoretycznych, na których zasadzie można by było przyjąć istnienie odporności na samorodne nowotwory, przeto należało by, zdaniem autora, usunąć określenie to z terminologii.

Sprostowanie. W Sprawozdaniach z czynności i posiedzeń Polskiej Akademii Umiejętności w Nr 10. Str. 348. T. XLI z r. 1936 wiersz 15 od góry zamiast A. Beck ma być R. Nitsch.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Walne Zebranie (XXII posiedzenie naukowe) z dnia 24 kwietnia 1936 roku.

Część naukowa zebrania została zorganizowana wspólnie z Oddziałem Poznańskim Towarzystwa Internistów Polskich.

I. *Komunikaty zarządu:*

Na członka Wydziału Lekarskiego przyjęto kolegę Alfreda Barlika.

II. *Pokazy:*

1. Kol. Meissnerowski *przedstawia: „Przypadek choroby Basedowa u 12-letniej dziewczynki".*

Rzadki ten przypadek choroby Basedowa u dziecka leczono dwujodotyrozyną firmy „Roche", w dawkach po 0,03 g 2 razy dziennie. Przy takim leczeniu osiągnięto zmniejszenie się wszystkich objawów chorobowych, a przede wszystkim spadek liczby tętna oraz znaczny przyrost wagi ciała.

Rozprawa:

Kol. Hryniewiecki (członek Wydziału) zapytuje, ile wynosiła przemiana podstawowa w powyższym przypadku przed i po leczeniu.

Kol. Tuszewski (członek Wydziału) podkreśla rzadkość tego schorzenia u dzieci.

Kol. Meissnerowski: przemiana podstawowa wynosiła przed leczeniem 48%, przed opuszczeniem szpitala 33,4%.

2. Kol. Stocki Jan *przedstawia: „Przypadek gnilca na tle błędów dietetycznych"*, rozpoznany i leczony na Oddziele Wewnętrznym Szpitala SS. Elżbietanek.

Charakterystyczne zmiany gnilca pojawiły się u chorej lat 53, która przez 3 lata cierpiała na przewlekły nieżyt kiszki grubej i w tym czasie systematycznie unikała spożywania jarzyn. Przy ogólnym ciężkim stanie zwrócono uwagę na podło-

że schorzenia, wrzodziejące zapalenie dziąseł. Przy odpowiednim leczeniu (sok cytrynowy, soki z jarzyn, Vitavit) chora w 3 tygodnie została wypisana ze szpitala, jako zupełnie zdrowa, przy czym cofnęły się nie tylko objawy ze strony dziąseł, ale również krwotoczne zapalenie stawów kolanowych, które uważano za gościec. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość w warunkach normalnej aprowizacji i doskonale przedstawia skutki przesady, z jaką są wykonywane przez niektórych chorych przepisy dietetyczne.

Rozprawa:

Kol. Tuszewski (członek Wydziału) podkreśla, że chora leczyła się przez długi czas na schorzenie stawowe i z powodu wysięku stawowego skierowano ją do chirurga, który przekazał chorą na Oddział Wewnętrzny.

Kol. Łabendziński (członek Wydziału) widział podobny przypadek gnilca, który wystąpił wskutek źle zrozumianego polecenia lekarskiego. 22-letni student po 5-miesięcznym stosowaniu ścisłej diety, przybył do Polikliniki Wewnętrznej z bólami w mięśniach i stawach, wybroczynami skórnymi i znacznymi zmianami krwotocznymi dziąseł. Po podaniu świeżych soków, już po 4 dniach nastąpiła znaczna poprawa a po 2 tygodniach znikły wszystkie objawy. Przypadek był ogłoszony w Now. Lek. 1931 r.

3. Kol. Strzyżewski: *„Przypadek III-rzednej kiły skóry"*.

Kol. St. przedstawia chorą w wieku lat 35, u której w roku 1931 zjawił się w okolicy mostka guz wielkości orzecha włoskiego. Po usunięciu chirurgicznym tego guza wytworzyła się blizna, na której obwodzie powstały wykwity w postaci „krost i wrzodów". Chorą przekazano do zabiegu chirurgicznego. Na obwodzie świeżej blizny poczęły wytwarzać się wykwity podobne do poprzednich i wobec tego wykonano do chwili obecnej kilka zabiegów chirurgicznych.

Chora przyszła do Kliniki Dermatologicznej U. P. przed 3 tygodniami z rozpoznaniem: toczeń pospolity. Wywiady co do przebytej kiły ujemne. Porażeń nie było. Odczynów serologicznych we krwi nigdy u chorej nie badano. Leczenia przeciwkiłowego chora także nie przechodziła.

Na skórze widać obecnie rozległą bliznę obejmującą górną część klatki piersiowej, niewielki odcinek pleców, przednią część szyi oraz dolne odcinki policzków. Blizna jest nierówna, biała, miejscami o kształcie gwiaździstym. Liczne zagłębienia w obrębie blizny świadczą o tym, że tkanki głębsze, nie wyłączając kostnej, były również zajęte sprawą chorobową. Na brzegach blizny widać różnej wielkości i głębokości ubytki, częściowo pokryte strupami, częściowo wygojone.

W Klinice Dermatologicznej rozpoznano *lues III gummosa*. Odczyn luetynowy i odczyny serologiczne we krwi dały wyniki wybitnie dodatnie.

Rozprawa:

Kol. Straszyński (członek Wydziału) uważa powyższy przypadek za pouczający, gdyż rozpoznanie zmian kiłowych jako toczeń pospolity doprowadziło do ciężkiego oszpecenia skóry, wskutek niezastosowania wczesnego leczenia przeciwkiłowego. Dermatologowi sprawa nie nastręcza trudności rozpoznawczych, dlatego też ordynujący chirurg winien był zasięgnąć rady dermatologa, skoro pobranie krwi do badań serologicznych sprawiało mu trudności.

4. Kol. Kozłowski (członek Wydziału): *„Guz okolicy skrzyżowania nerwu wzrokowego"*.

Kol. Kozłowski przedstawia 8-letniego chłopca, który dnia 14 marca b. r. przybył do Kliniki Ocznej U. P. ze skargą na nagłe zaniewidzenie. Choroba zaczęła się w ostatnim tygodniu lutego bieżącego roku; przez okres 2-tygodniowy miał chory silne bóle głowy, dreszcze, nudności i wymioty. W tydzień po rozpoczęciu się choroby wzrok zaczął powoli pogarszać się. Chory 6 marca poszedł do szkoły i tam nagle zaniewidział. W dniu przybycia do Kliniki stan oczu, poza lekkim zblednięciem tarczy nerwu wzrokowego lewego oraz rozszerzeniem i brakiem reakcji na światło lewej źrenicy, żadnych zmian nie wykazał. Bystrość wzroku: na oku prawym — światłopoczucie, na oku lewym — ruchy ręki przed okiem. Rozważania różnicowo-rozpoznawcze podawały w tym przypadku dwie możliwości, albo istnienie pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego obustronnego, albo też ucisk obustronny na nerw wzrokowy w okolicy siodełka tureckiego. Wobec tego, że pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego było mało prawdopodobne skłoniono się do rozpoznania guza wewnątrzczaszkowego uciskającego na skrzyżowanie nerwów wzrokowych, mimo, że zdjęcie rentgenologiczne okolicy siodełka tureckiego zmian nie wykazało.

Na podstawie tych rozważań wykonano dwukrotnie nakłucie lędźwiowe, odpuszczając za pierwszym razem 8 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego, a za drugim 15 cm^3. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie wykazało żadnych zmian. Ciśnienie śródczaszkowe trudno było oznaczyć z powodu niespokojnego zachowania się chorego. Badanie laryngologiczne oraz zdjęcie rentgenologiczne przednio-tylne zmian nie wykazało.

Po wykonanych nakłuciach lędźwiowych wzrok powoli zaczął się polepszać tak, że 10 dnia po przybyciu do Kliniki można było zbadać pole widzenia, które wykazało połowicze skroniowe niedowidzenie z zajęciem środka pola. Ponieważ obraz pola widzenia potwierdził nasze podejrzenia, naświetlano okolicę siodełka tureckiego promieniami Roentgena po 140 r, z każdej strony, po którym to naświetlaniu nastąpiła szybka poprawa bystrości wzroku na oku prawym oraz ustąpił ubytek w środku pola widzenia. Na oku lewym natomiast, które już w dniu przybycia chorego do Kliniki wykazało lekki zanik nerwu wzrokowego, nastąpiło całkowite zaniewidzenie.

Obecnie chory na prawym oku ma bystrość wzroku prawidłową (5/5). Czyta najdrobniejszy druk. Pole widzenia wykazuje skroniowy ubytek dochodzący do 10 stopni. Zatem chodzi tu niewątpliwie o guz przysadki mózgowej, prawdopodobnie o gruczolak, gdyż znaną jest rzeczą, że guzy te łatwiej poddają się działaniu promieni Roentgena, aniżeli inne.

Rozprawa:

Kol. Bross (członek Wydziału) zapytuje, czy istniało w tym przypadku tętno uciskowe? Jakie było ciśnienie krwi? czy istnieją zaburzenia dokrewne innego rodzaju? np. ze strony tarczycy?

Kol. Hryniewiecki (członek Wydziału) zapytuje, czy wykonano w powyższym przypadku badanie moczu i odczyn Pirqueta?

Kol. Kozłowski (członek Wydziału) *w odpowiedzi* kol. Brossowi: Żadnych objawów uciskowych u chorego nie stwierdzono. Ciśnienia krwi nie mierzono. Żadnych zaburzeń ze strony gruczołów dokrewnych nie znaleziono.

W odpowiedzi Kol. Hryniewieckiemu: Mocz nie wykazywał żadnych zmian patologicznych. Odczynu Pirqueta nie robiono.

5. Kol. Alkiewicz Jan (członek Wydziału): *„Przypadek rumienia guzowatego"*.

Chora, lat 33, zachorowała przed tygodniem; wystąpiła gorączka do 37,8^0, dreszcze, łamanie w kościach. Równocześnie wystąpiły na podudziach sine plamy, na brzegach różowe, bardzo wrażliwe na dotyk. Ponieważ w otoczeniu korzenia 4 zęba prawej górnej szczęki znajduje się ziarniniak, jak wykazuje radiogram, rozważa się możliwość związku przyczynowego zakażenia ogniskowego z wykwitami skórnymi. W ostatnich latach łączą te sprawy z sobą, m. i. Bedford, Kerl, Kémeri.

Rozprawa:

Kol. Straszyński (członek Wydziału) podkreśla znaczenie ogniskowego zakażenia przy różnych dermatozach, w których spotyka się niekiedy zatory z drobnoustrojów w naczyniach skórnych.

Kol. Bross (członek Wydziału): Nawiązując do przedstawionego przypadku, pragnę zaznaczyć, nie przecząc doniosłości zakażenia wychodzącego z zębów, że trzeba jednakże zachować krytycyzm i nie poddawać się modzie, która zaczyna grasować w Poznaniu. Do jakiego absurdu można dojść przy braku krytycyzmu dowodzi przypadek, który przedstawiłem na Poznańskich Wieczorach Lekarskich (14. VI. 1935). U 30-letniej kobiety usunięto w Montreal w Kanadzie wszystkie zęby, chorych sześć, resztę zdrowych, w poszukiwaniu ogniska zakażenia.

III. *Część organizacyjna:*

Kol. Bross prosi o wyjaśnienie podstaw formalnych zwołanego Walnego Zebrania, opierając się o przepisy § 32 Statutu Towarzystwa Przyjaciół Nauk, którego tygodniowy termin według niego nie został przez Zarząd dotrzymany.

Zarząd wyjaśnia, że:

1) przepisy wspomniane dotyczą Walnego Zebrania Towarzystwa Przyjaciół Nauk a nie Wydziału Lekarskiego (Tytuł VI. § 30—35);

2) przepisy statutowe T. P. N. dotyczące wydziałów (Tytuł III. § 13—16) nie regulują sprawy walnych zebrań Wydziału Lekarskiego;

3) brak jest regulaminu Wydziału Lekarskiego, który by w tych sprawach obowiązywał, wobec czego Zarząd nie jest skrępowany prawnym przepisem w sprawie terminu zwołania zebrania.

W dyskusji nad poruszoną przez Kol. Brossa sprawą zabierają głos Kol. Jagielski, Łabendziński, Nowakowski, Kucharski i członkowie Zarządu, po czym następuje uchwała prawomocności Walnego Zebrania.

Kol. Bross zgłasza *votum separatum* w tej sprawie.

Kol. Kapuściński referuje wynik obrad Komisji dla spraw reorganizacji Wydziału Lekarskiego i podaje jej uchwałę z dnia 6 kwietnia b. r. do wiadomości Walnego Zebrania. Uchwała Komisji brzmi następująco:

„Po zapoznaniu się z trudnościami, jakie wynikają dla rozwoju Wydziału Lekarskiego w obecnej formie organizacyjnej, Komisja dla reorganizacji Wydziału Lekarskiego T. P. N. wypowiada się za odłączeniem Wydziału Lekarskiego od Towarzystwa Przyjaciół Nauk i przekształceniem go na samodzielne towarzystwo lekarskie.

W dyskusji zabierają głos: Kol. Kapuściński, Alkiewicz Jan, Bross, Jagielski, Hryniewiecki, Tuszewski, Grossmannówna, Nowakowski, Łabendziński i Stojałowski. We wszystkich przemówieniach, poza Kol. Jagielskim, zaznacza się zgodność poglądów na sprawę przeobrażenia Wydziału Lekarskiego T. P. N. na samodzielne towarzystwo lekarskie.

Pewne trudności jednak nastręcza forma likwidacji Wydziału Lekarskiego na korzyść nowego stowarzyszenia w związku z jego majątkiem, który po części należy do Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Spośród szeregu pozycyj przedłożono Walnemu Zebraniu 3 konkretne wnioski:

1) Kol. Bross: „Ze względu na nieprawidłowy termin zwołania dzisiejszego zebrania wnoszę o niegłosowanie za wnioskami komisji". Wniosek upadł przy 3 głosach za, 21 przeciw i 5 wstrzymujących się.

2) Kol. Grossmannówna: „Dzisiejsze Walne Zebranie przyjmuje do wiadomości sprawozdanie komisji porozumiewawczej i upoważnia ją do dalszych pertraktowań z Towarzystwem Przyjaciół Nauk w sprawie majątku".

3) Sprawozdawca Komisji Kol. prezes Kapuściński: „Walne Zebranie przyjmuje do wiadomości sprawozdanie komisji dla spraw reorganizacji Wydziału Lekarskiego i wypowiada się za uchwałą komisji w sprawie przekształcenia Wydziału Lekarskiego T. F. N. na samodzielne towarzystwo lekarskie, poruczając pertraktacje z zarządem Towarzystwa Przyjaciół Nauk w sprawie majątku Wydziału Lekarskiego podkomisji wyłonionej przez komisję dla spraw reorganizacji. Członkami podkomisji są: Kol. Kapuściński, Gantkowski i Jan Alkiewicz".

Wobec dalej idącego wniosku sprawozdawczego komisji, który otrzymał 20 głosów za, 7 przeciw przy 3 wstrzymujących się wniosek Kol. Grossmannówny nie został przegłosowany.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

XXIII Zebranie z dnia 8 maja 1936 roku.

Zebranie odbyło się wspólnie z Oddziałem Poznańskim Towarzystwa Internistów Polskich.

Kol. Prezes donosi, że wykład Kol. Hanasza pod tytułem *„Wrażenia z Kongresu Kardiologów w Nauheimie i Kongresu Internistów w Wiesbadenie"* nie zostanie wygłoszony.

Wykład:

Kol. Tomaszewski (członek Wydziału): *„Zagadnienie wpływu adrenaliny i acetylcholiny na tonus serca"* (z przeźroczami).

Autor przedstawia wynik badań doświadczalnych wykonanych na zwierzętach w Instytucie Fizjologii w Lozannie. Do badania napięcia serca była użyta metoda pletysmograficzna. Badania były wykonane przy normalnym krążeniu krwi, *intra situ*, po otwarciu klatki piersiowej. Były rejestrowane optycznie zmiany objętości serca, zmiany objętości wyrzutowej, dalej ciśnienie tętnicze i żylne. Hormony krążenia, adrenalina i acetylcholina były wstrzykiwane wprost do przedsionka. Z przeprowadzonych doświadczeń wynika, że nie ma żadnych danych, które by przemawiały za bezpośrednim pierwotnym działaniem adrenaliny i acetylcholiny na *tonus* mięśnia sercowego przy normalnym krążeniu. Opisane zmiany, jakie występowały po zastrzykach adrenaliny i acetylcholiny należy tłumaczyć jako mechaniczne następstwo i przystosowanie się serca do zmian, które pod wpływem tych środków występują w obwodowym układzie krążenia.

(Praca wydrukowana w *Pflügers Archiv* 1936 r. i Polsk. Gaz. Lek. Nr 17. 1936 r.).

Rozprawa:

Kol. Jezierski (członek Wydziału). W sprawie nierównomiernego działania adrenaliny na *tonus* serca i naczyń wskazać należy, że sprawa ta zależy od wpływów ośrodków naczynioruchowych a prócz tego od nierównomiernego zachowania się naczyń; pod wpływem adrenaliny zwężają się naczynia mózgowe, *art. carotis comm.* i *art. femoralis* rozszerzają się znacznie, natomiast tętnice nerek i jelit zwężają się i pomniejszają swą pojemność.

Kol. Tomaszewski (członek Wydziału). Zwiększenie objętości wyrzutowej występuje na skutek zwiększonego przepływu przez naczynia wieńcowe serca (po adrenalinie). Poza tym z badań Fleischa dotyczących *sinus caroticus* wynika, że zwiększenie ciśnienia tętniczego powoduje reflektorycznie wzmożenie *tonus* naczyń żylnych, co przyczynia się również w pewnym stopniu do zwiększonego i szybkiego przypływu krwi do serca.

Wykład:

Kol. Wawrzyniak i Hanasz (członek Wydziału): *„Blok częściowy z okresami Wenckebacha w obrazie klinicznym i elektrokardiograficznym"*. (Ukaże się w całości w Nowinach Lekarskich).

Rozprawa:

Kol. Orzechowski. Częściowy blok przedsionkowo-komorowy typu I, z okresami Wenckebacha, w klinice nie należy do rzadkości. Rozwija się on zazwyczaj ze zwykłego zahamowania przewodnictwa przedsionkowo-komorowego uwydatniającego się na krzywej elektrokardiograficznej przedłużeniem odcinka P—Q ponad 0,2 sek. Z momentów przyczynowych poza zmianami organicznymi, mianowicie sprawami zapalnymi, mogącymi wywołać częściowy blok przedsionkowo-komorowy typu I, należy szczególnie podkreślić wpływy toksyczne, zwłaszcza zatrucie naparstnicą. W przypadku omówionym przez kol. Wawrzyniaka naparstnica również wywołała powyższe zaburzenia. Rokowanie w tych zaburzeniach, powstałych wskutek zatrucia naparstnicą jest dobre: okresy Wenckebacha stanowią okres przejściowy, znikając bez śladu.

Kol. Tomaszewski (członek Wydziału): Blok częściowy typu Wenckebacha może poza zatruciem naparstnicą powstać również przy grypie oraz w bardzo rzadkich przypadkach jeszcze przy innych chorobach zakaźnych.

W powstaniu bloków w związku z zatruciem naparstnicą gra dużą rolę osobnicza wrażliwość na ten lek. Niektórzy chorzy są tak uczuleni, że wykazują już po kilkudniowym stosowaniu normalnych dawek pierwsze objawy przedawkowania, jak bigeminię, zaburzenia przewodnictwa itd.

Kol. Majer Wacław: W swoich interesujących badaniach widział Kol. Tomaszewski kilkakrotnie zamiast spodziewanego podwyższenia ciśnienia krwi po zastrzyku adrenaliny obniżenie się tegoż. Jest to fakt zastanawiający. Opierając się na wynikach farmakologii używamy adrenaliny dla podwyższenia ciśnienia krwi. Jednak fakt odwrotnego skutku chociażby w niedużym odsetku przypadków wykazuje, że naszymi wiadomościami o istocie działania lekarstw nawet często używanych bardzo chlubić się nie możemy. Farmakologia ma tu jeszcze szerokie pole działania. Dopiero w ostatnich latach zaczynają pojawiać się nowe prądy w badaniach farmakologicznych. Wprowadzono pojęcie tzw. fazowego działania lekarstw, czyli możliwość wręcz odwrotnego skutku tego samego środka, zależnie od stanu narządu czy organizmu (Wilder, Rentz, Kötschau). Z własnego doświadczenia Kol. M. wspomina o podrażniającym działaniu morfiny, podczas gdy zwykle morfina znieczula, uspokaja. Zauważył również, że strychnina zastosowana u neurasteników nie wywiera tonizującego działania. ale wyraźnie rozdrażnia czyli osłabia.

Kol. Bross (członek Wydziału). Niewątpliwie w przypadku przedstawionym chodzi o zaburzenia po przedawkowaniu naparstnicy, którą w takich przypadkach trzeba stosować szczególnie ostrożnie. Niewiadomo, czy chora przed przybyciem do szpitala już otrzymała naparstnicę. Nasuwa się myśl, że brak skoordynowanej współpracy między lekarzem leczącym a szpitalem daje tego rodzaju następstwa. Chorzy wracający ze szpitala nie otrzymują dokładnych danych o stosowanych środkach lekarskich, co może oczywiście doprowadzić do zaburzeń, jak w tym przypadku.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Protokół posiedzenia lekarzy szkół warszawskich w Państwowym Instytucie Głuchoniemych i Ociemniałych w dniu 18 lutego 1937.

Przewodniczący, Dr K. Mitkiewicz, w serdecznych słowach powitał dra Czesława Wroczyńskiego, naczelnego wizytatora higieny szkolnej w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i wyraził w imieniu ogółu lekarzy szkolnych radość z wyboru nowego szefa, jak również

i z samego faktu obsadzenia tego odpowiedzialnego stanowiska po $3^{1}/_{2}$-letniej przerwie.

Następnie odczytał komunikat o kursie dokształcającym dla lekarzy w II Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego i zawiadomił o tym, że z Miejskiego Muzeum Higieny korzysta zbyt mało szkół, zwłaszcza szkół powszechnych oraz VII i VIII klasy gimnazjalne, w których uczą higieny lekarze szkolni.

Dr M. Roszkowski, prezes Komitetu Zbiórki na przychodnię rozpoznawczą im. dra Stanisława Kopczyńskiego, zakomunikował, że do chwili obecnej wpłynęło od lekarek i lekarzy szkolnych 1100 zł i że Komitet postanowił przelać tę sumę na rzecz Ligi Szkolnej Przeciwgruźliczej, która swoją poradnię przy ul. Czerwonego Krzyża nazwała poradnią im. dra Stanisława Kopczyńskiego i przeznaczyła dwa razy tygodniowo specjalne godziny dla młodzieży szkolnej i to nie tylko z Warszawy, ale i spoza Warszawy. Opłaty będą minimalne, młodzież zupełnie niezamożna, skierowana przez lekarzy szkolnych z odpowiednią adnotacją będzie przyjmowana bezpłatnie. Dr Roszkowski proponuje w celu materialnego i moralnego poparcia poradni opodatkowanie się np. po 1 zł rocznie.

Dr Jurjewicz dziękuje drowi Roszkowskiemu za uruchomienie poradni przeciwgruźliczej dla młodzieży szkolnej, uważa jednak za niezbędne dążenie do otwarcia poradni ogólnej diagnostycznej im. dra Kopczyńskiego dla młodzieży szkolnej; w celu zwiększenia budżetu tej poradni proponuje zakładanie w szkołach kół specjalnych lub też stałe subsydiowanie poradni przez koła opieki rodzicielskiej.

Wnioski te zostały poparte w dyskusji przez szereg osób.

Następnie dr J. Bogdanowicz *wygłosił referat pt.: „Z obserwacji 15-letnich lekarza szkolnego w jednej szkole"*.

W swoich wywodach referent brał pod uwagę dwa zagadnienia:

a) wzrostu i wagi młodzieży męskiej,

b) jej zdrowotności.

Zestawienie średnich danych w tych samych grupach wieku za okres 1915—1935 wykazało niezbicie przyśpieszenie okresu dojrzewania i znaczne różnice wzrostu i wagi, zwłaszcza dla lat 12—14. Przeciętnie rocznie na jeden rocznik wypadało 30—40 pomiarów.

Wzrost w latach 1915—1935.

Lata	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1932	1933	1934
Wiek 10 lat	136	135	135	136	136	134	136	136	138	138	139	139	141
12 „	144	143	144	145	144	143	146	146	148	147	149	150	152
14 „	158	157	156	154	156	155	157	158	161	160	164	167	167
16 „	166	168	166	169	166	165	166	168	169	170	171	172	172
18 „	170	170	169	171	169	170	171	171	170	171	172	173	172
Waga w latach 1915—1935													
10 „	30	31	30	31	31	30	31	32	34	32	31	33	35
12 „	37	36	36	37	37	37	38	37	40	41	41	41	43
14 „	46	44	45	44	50	48	46	48	50	49	54	55	55
16 „	58	57	55	57	57	55	55	60	60	58	58	60	61

Z powyższego widać, że gdy dla 10 roku życia różnica wzrostu i wagi wyniosła 5 cm i 5 kg, to dla 12 lat — 8 cm i 5 kg, dla 14 lat — 9 cm (dla 13 lat aż *12 cm)* i 9 kg, dla 16 lat — 6 cm i 3 kg. Po okresie dojrzewania różnice się wyrównują.

Co do zagadnień zdrowotnych, to liczba opuszczanych przez młodzież lekcji z powodu choroby ulega stopniowemu zmniejszeniu.

Dane od 1927/28—1935/36.

Lata	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935
liczba dni opuszczonych przeciętnie na 1 ucznia	25,6	21.6	30,2	26,6	21,8	20,4	16,8	16,2	13,8

Najwyższe liczby opuszczanych dni lekcyjnych dają (za 9 lat ostatnich) 4 i 5 kl. powszechne oraz VI i VII klasy gimnazjalne, tj. młodzież 10—12-letnia oraz 15—17-letnia.

Liczby dni opuszczonych przeciętnie na 1 ucznia.

Klasy	Szkoła Powszechna	Klasy	Gimnazjum
1	16	I	15
2	20	II	17
3	18	III	18
4	25	IV	21
5	23	VI	27
6	18	VII	18

Główną rolę odgrywają choroby dróg oddechowych, w mniejszym stopniu epidemie chorób zakaźnych. Właściwie „epidemicznymi" chorobami na terenie szkoły są odra, ospa wietrzna, świnka, a ostatnio i koklusz. Płonica i błonica nie dają „epidemii" szkolnych.

Liczba przypadków chorób zakaźnych w szkole od 1918—1937.

	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
płonica	3	3	13	2	4	7	9	3	6	2	3	4	1	3	3	2	1	2	3
błonica	1	2	—	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	2
odra	24	12	5	6	2	—	18	6	4	50	1	3	4	1	17	8	1	18	—
ospa wietrzna	4	6	8	—	9	11	2	—	6	4	20	2	12	20	3	5	2	4	68
świnka	16	7	2	—	14	4	1	22	5	3	1	7	10	1	—	3	—	8	—
zimnica	—	5	5	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
koklusz	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	7	16	—

Zwalczanie chorób tzw. letnich zakaźnych na terenie szkolnym jest nie do przeprowadzenia.

Prelegent przytacza dane, dotyczące ostatniej epidemii ospy wietrznej.

Daty zachorowania.

	16/II	30/XI—2/XII	12—15/XII	25—31/XII
Klasy powszechne				
1		—	8	—
2		—	6	—
3	1	2	3	1
4		2	7	1
5		1	4	—
6		—	3	—
	1	5	31	2
gimnazjum				
1	—	—	4	4
2		—	6	3
3		—	1	2
4		—	1	1
7		—	1	—
8		—	—	—
	—	—	13	10
Razem	1	5	44	12 = 62

Przebyło ospę wietrzną w czasie tej epidemii 20% uczniów w szkole, nie chorowało (chociaż według opinii rodziców jeszcze ospy wietrznej nie przechodziło) około 50, tj. 15%. Charakterystycznym momentem, podkreślającym wpływ „kontaktowego" zakażenia ospą wietrzną jest fakt, że w gimnazjum, które się mieści na II piętrze, rozwinęła się choroba dopiero w drugim terminie podobnie, jak dwie pierwsze klasy szkoły powszechnej, które przychodzą do szkoły o godzinę później i które nie mogły się wobec tego stykać z pierwszym przypadkiem choroby.

Jak trudno jest wstrzymać tok zakażeń świadczy fakt, że czterech uczniów, w tym pierwszy przypadek, zostało odesłanych ze szkoły z pełną wysypką ospy wietrznej.

Referent wysuwa następujące wnioski:

1) Badania lekarza szkolnego poza wartością praktyczną, związaną z opieką zdrowotną nad życiem szkolnym, mogą mieć wartość naukową.

2) Badania naukowe powinny być przeprowadzane zespołowo przez kilku lekarzy, według ustalonego wspólnie planu — dla uwzględnienia różnic płci, środowiska itp.

3) Opracowane tematy powinny być wraz z dyskusją ogłaszane.

W dyskusji dr Mitkiewicz podkreśla, że referat powinien pobudzić lekarzy szkolnych do wyboru i opracowywania rozmaitych zagadnień, które im nasuwa praca i obserwacja codzienna, oraz zachęca do tworzenia badań zespołowych, obejmujących materiał z kilku szkół.

Dr Piotrowska uważa, że metodykę badań szkolnych powinny ustalić władze higieniczno-szkolne.

Dr Welfle stwierdza na podstawie materiału archiwalnego, że w okresie wojennym wzrost młodzieży był w ogóle mniejszy; obecnie krótkowzroczność zwiększyła się, sprawność fizyczna młodzieży ogromnie się poprawiła. Odosabnianie rodzeństwa w okresie epidemii jest zbyteczne, gdyż chory zakaża innych przed ukazaniem się objawów. Walka z grypą jest bardzo trudna, gdyż młodzież styka się z chorymi poza szkołą. Za-

wiadomienia o chorobie zakaźnej lekarze szkolni otrzymują z dozorów sanitarnych zbyt późno.

Dr Wroczyński stwierdza, że w Niemczech obecny rekrut ma większy wzrost, niż dawniejszy, ale gdy dawniej wzrost zwiększał się do 25 lat życia, obecnie wcześniej przestaje się zwiększać. Prawdopodobnie, wcześniejszy i większy wzrost zależy od wcześniejszego występowania okresu pokwitania. Wśród dzieci wiejskich daje się zauważyć, jako zasadnicza choroba — awitaminoza, którą można tłumaczyć nieużywaniem przez dzieci wiejskie pełnowartościowego mleka.

Dr Oromski uważa, że wyniki badań i obserwacji lekarskich w szkołach powszechnych nie mogą być wyzyskane w celach naukowych, gdyż lekarze mają bardzo wiele dzieci pod opieką i niewspółmiernie mało czasu przeznaczonego na tę opiekę.

Dr Kamiński stwierdza, że również i rozwój psychiczny dziecka obecnie jest szybszy, niż dawniej.

W sprawie tularemii.

Wobec wykrywania coraz to nowych ognisk w wielu krajach europejskich i zwłaszcza wobec wystąpienia tej choroby w 1936 r. w Czechosłowacji, gdzie już notowano z górą 200 przypadków należy się liczyć z możliwością wystąpienia tej choroby w Polsce. Brak piśmiennictwa w języku polskim oraz mało typowy przebieg kliniczny choroby, być może są powodem, że tularemia nie była dotychczas właściwie rozpoznawana.

Tularemia jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez zarazek *bacterium tularense*, wyodrębnioną jako jednostka chorobowa przez Mc Coy (u zwierząt) i Francisa (u ludzi) w latach 1911—1919.

Nazwa choroby, podana przez Francisa, pochodzi od powiatu Tulare (Kalifornia), gdzie wykryto pierwsze przypadki choroby.

Tularemia jest chorobą epizootyczną szerzącą się wśród gryzoniów, żyjących dziko i gromadnie. W Kalifornii i w ogóle w Ameryce Półn. wchodzą tu w rachubę głównie wiewiórki ziemne i różne gatunki dzikich królików, w Rosji Europejskiej i Azjatyckiej szczury wodne, susły i myszy polne, w Norwegii lemingi i zające, ostatnio (1935 i 1936 r.) w Austrii i w Czechosłowacji zające. Zarazek może się przerzucać z jednych gatunków zwierząt na inne zarówno przez kontakt bezpośredni, jak i przez kleszcze i rozmaite owady kłujące. Zarazek przenosi się na człowieka najczęściej bezpośrednio przez uszkodzoną skórę. Chorują przeważnie osoby, mające styczność z chorym zwierzęciem, a więc myśliwi, zwłaszcza przy zdejmowaniu skórek, sprzedawcy, kucharki itp. Przenoszenie na człowieka przez kleszcze i owady jest również możliwe. Przypadki bezpośredniego zakażenia się jednego człowieka od drugiego nie są znane.

Objawy chorobowe: u ludzi tularemia występuje w dwóch postaciach:

1. Postać gruczołowa (częstsza): choroba rozpoczyna się guzkiem *(papula)* w miejscu wtargnięcia zarazka, najczęściej na skórze, czasem na spojówce oka, wkrótce w miejscu tym powstaje owrzodzenie, po czym następuje zapalenie najbliższych gruczołów (najczęściej pachowych, szyjnych). Gruczoły obrzmiewają, stają się bolesne, ropieją, tworzą się przetoki, przez które wydostaje się ropna wydzielina. Objawy ogólne zjawiają się nagle: podwyższona ciepłota, dreszcze, osłabienie, mdłości, bóle w różnych okolicach ciała. Gorączka utrzymuje się 2—3 tygodni, czasem zdarzają się nawroty. Postać gruczołowa powstaje zazwyczaj wskutek zakażenia przez skórę — uszkodzenie skóry rąk u osób mających do czynienia z mięsem lub skórkami królików, zajęcy lub przez ukąszenie zakażonych owadów.

2. Postać tyfoidalna jest rzadsza. Choroba ogranicza się do objawów ogólnych, występuje gorączka, dreszcze, bóle głowy i innych części ciała. W tej postaci zmian miejscowych i objawów swoistych brak.

W każdej postaci choroba jest uporczywa, powoduje znaczne wyniszczenie, wyzdrowienie trwa długo. Śmiertelność wynosi około 4%.

Rozpoznanie choroby potwierdza się za pomocą prób bakteriologicznych (aglutynacja, zakażenie zwierząt wydzieliną ropną z gruczołów lub ze spojówki). Ważną rolę orientacyjną odegrać mogą wywiady.

Źródło zakażenia: zwierzęta, głównie gryzonie: dzikie króliki, zające, wiewiórki, szczury wodne, susły i inne. Epizoocja wśród tych zwierząt poprzedza nieraz zjawienie się tularemii wśród ludzi.

Drogi szerzenia: na człowieka zakażenie przenosi się najczęściej przez ukąszenie owadów (muchy końskie, kleszcze) lub przez stykanie się z mięsem lub skórkami zakażonych zwierząt, zwłaszcza jeżeli skóra człowieka zostanie uszkodzona. Spożycie niedogotowanego mięsa zajęczego lub króliczego, woda zanieczyszczona przez zakażone szczury wodne również mogą spowodować zakażenie człowieka.

Przenoszenia tularemii z człowieka na człowieka nie stwierdzono.

Okres wylęgania waha się od 1 do 10 dni, najczęściej trwa 4 dni.

Okres zakaźności: zarazek znajduje się we krwi chorego człowieka w ciągu pierwszych dwóch tygodni choroby, nieco dłużej w wydzielinie ropnej ze spojówki i z owrzodzenia skórnego, przez parę miesięcy w gruczołach chłonnych i wydzielinie.

Zakaźność much trwa 2 tygodnie, kleszczy przez całą długość ich życia. Ciała gryzoniów w warunkach laboratoryjnych zachowywały zakaźność w ciągu paru lat.

Wrażliwość: człowiek jest wrażliwy na zakażenie tularemią w każdym wieku. Przechorowanie wywołuje odporność, jednak u odpornego osobnika w razie ponownego zakażenia mogą wystąpić zmiany miejscowe na skórze, lecz bez objawów ogólnych.

Metody zwalczania:

A. Chory i otoczenie:

rozpoznanie choroby, potwierdzenie przez badanie bakteriologiczne; izolacja nie jest potrzebna;

odkażanie: wydzielin z owrzodzeń zropiałych gruczołów, spojówki; uodparnianie: nie stosuje się.

B. Zarządzenia ogólne:

dbałość o czystość rąk; wystrzeganie się uszkodzeń skóry przy dotykaniu gryzoniów; dokładne gotowanie mięsa zajęczego przed spożyciem; unikanie ukąszeń kleszczów i owadów; niszczenie gryzoniów w wypadku wybuchu epidemii.

Swoistych środków leczniczych brak.

(Komunikat P. Z. H.).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. J. K. we Lwowie został wybrany na rok 1937/38 Prof. Dr Tadeusz Ostrowski, Dyr. Kliniki Chirurgicznej.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

XX posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 11 czerwca 1937. Porządek dzienny: 1) Kol. Musiał Albin: Mięsak brunatny naczyniówki we wczesnym okresie. 2) Kol. Musiał Albin i Albert Z.: Mięsak nagałkowy z przerzutami do serca. 3) Kol. Rothfeld J.: Skombinowane schorzenie systemowe rdzenia a niedokrwistość złośliwa (wykład).

Polskie Towarzystwo badań naukowych gruźlicy. Zebranie naukowe Towarzystwa odbyło się dnia 7 czerwca b. r. w II Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego. I. Pokazy. 1) Wanda Stankiewicz-Trybowska i Edward Owsiany: Promienica ściany klatki piersiowej u chorego z gruźlicą płuc. 2) Mieczysław Szeyman: Obustronne ropnie płuc u dziecka, z samowyleczeniem po jednej stronie. 3) Andrzej Biernacki i Walenty Hartwig: Rak płuca z przerzutami do kości. II. Odczyty. 4) Wanda Grundgand: O znaczeniu komórek kwasochłonnych w plwocinie chorych na gruźlicę płuc. 5) Aleksander Sztajnberg: Wstęp do mechaniki płuc.

XI Kongres Międzynarodowy Historii Medycyny odbędzie się w drugiej połowie września 1938 roku i będzie miał charakter wędrowny: zacznie się prawdopodobnie w Konstantynopolu, przeniesie się do Sofii i skończy się w Belgradzie i Zagrzebiu. W Jugosławii toczyć się będą obrady na temat medycyny ludowej, rozpoczęte już na poprzednich kongresach. Bliższe tematy przewidziane są następujące: 1) Psychopatologia i psychoterapia w medycynie ludowej (Belgrad); 2) Medycyna ludowa magiczna (Zagrzeb); 3) Medycyna w poezji ludowej (Belgrad); 4) Medycyna w beletrystyce (Zagrzeb). Polska ma dostarczyć referentów do wszystkich czterech tematów w zakresie polskiej medycyny, etnografii, folkloru i literatury. Lekarze i nie-lekarze, którzy by chcieli opracować na kon-

gres jeden z wymienionych tematów lub zgłosić jakiś przyczynek do nich, zechcą nadesłać swoje zgłoszenie na ręce przewodniczącego delegacji polskiej na kongresach międzynarodowych historii medycyny prof. dra Władysława Szumowskiego, Kraków, Piłsudskiego 6 albo na ręce sekretarza tejże delegacji doc. dra Tadeusza Bilikiewicza, Kocborowo p. Starogard. Inne czasopisma proszone są o powtórzenie niniejszego komunikatu.

Różne.

Z kraju.

Od dnia 1 grudnia 1931 r. istnieje na terenie miasta Krakowa Uniwersytecki Ośrodek Zdrowia i Opieki Społecznej obejmujący swą działalnością trzy dzielnice Krakowa, a to: Dąbie, Olszę i Osiedle Oficerskie.

Ośrodek Zdrowia mieści się w lokalu wynajętym od Polskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego przy ul. Radziwiłłowskiej Nr 1, parter.

Celem pracy jest opieka sanitarna i społeczna nad ludnością wymienionych dzielnic. W lokalu Ośrodka Zdrowia czynne są następujące poradnie, prowadzone przez lekarzy specjalistów Dr Malkiewicza, Dr Żulińskiego, Doc. Dr Kellera: 1) poradnia przeciwgruźlicza dla dorosłych, 2) poradnia dla niemowląt, 3) poradnia dla dzieci w wieku przedszkolnym, 4) poradnia przeciwgruźlicza dla dzieci starszych, 5) poradnia dla kobiet ciężarnych.

Poza poradami i wskazówkami udzielanymi przez lekarzy specjalistów niezmiernie ważną gałąź pracy Ośrodka stanowi praca pielęgniarska a w szczególności przeprowadzanie wywiadów i odwiedzanie rodzin, należących do Ośrodka, dokonywane przez instruktorki Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarskiej przy pomocy uczennic tejże Szkoły.

O rozmiarach pracy Ośrodka Zdrowia niechaj świadczą poniżej podane cyfry, które wcale nie obejmują całości wszechstronnej agendy, nie dającej się zresztą ująć w statystyczne cyfry.

Z końcem roku 1936 pozostawało w opiece Ośrodka 871 rodzin, w tym 2093 osób, zapisanych w następujących poradniach:

dla ciężarnych	152
dla niemowląt	219
dla dzieci w wieku przedszkolnym	452
dla dzieci w wieku szkolnym	627
w poradni przeciwgruźliczej	643
razem:	2093

Porad lekarskich udzielono:

ciężarnym	284
niemowlętom	1002
dzieciom w wieku przedszkolnym	1141
dzieciom w wieku szkolnym i w poradni przeciwgruźliczej	2958

Do ambulatoriów klinicznych i szpitalnych zaprowadzono 548 osób.

Wykonano zabiegów drobnych i pielęgniarskich w Ośrodku Zdrowia lub w mieszkaniach chorych odwiedzanych przez pielęgniarki 698. Lekarstw bezpłatnych wydano 393. Odwiedzin domowych, dokonanych przez pielęgniarki, było 3064.

Umieszczono w Szpitalu św. Łazarza, w Szpitalu św. Ludwika, w Klinice Pediatrycznej oraz w Zakładach Sanitarnych Miejskich 66 osób.

Na kolonie i półkolonie wysłano 142 dzieci.

Z funduszu pomocy zimowej wydano 5884 l mleka. Poza wymienioną pomocą lekarsko-pielęgniarską działalność Ośrodka obejmowała też dostarczanie odzieży i żywności.

Zaznaczyć należy z naciskiem, że ludność wyżej wymienionych dzielnic, korzystająca z opieki sanitarnej Ośrodka Zdrowia jest niemal wyłącznie ludnością ubogą.

Największy kontyngent stanowią bezrobotni, do których zagląda głód i skrajna nędza. Jasną jest rzeczą, że chcąc w powyższych warunkach podnieść stan zdrowotny tej ludności, a przede wszystkim jej dzieci, nie wystarczy ograniczyć się wyłącznie do pracy ściśle lekarskiej i do porad higienicznych, lecz należy koniecznie roztoczyć równocześnie nad tą ludnością opiekę społeczną w najszerszym zakresie i przyjść jej z najdalej idącą pomocą materialną.

Niestety to zadanie przekracza możliwości Ośrodka Zdrowia rozporządzającego bardzo skromnym budżetem, a nie mającym ani dostatecznych do wspomnianej pracy środków, ani też dostatecznej ilości jednostek, mogących w tej pracy przyjść Ośrodkowi z wydatną pomocą.

Dlatego też ludzie dobrej woli, zdający sobie sprawę z doniosłości akcji prowadzonej przez Uniwersytecki Ośrodek Zdrowia i Opieki Społecznej w interesie całego społeczeństwa, pragnąc przyjść z pomocą tejże Instytucji, założyli przed paru laty tzw. Koło Przyjaciół Uniwersyteckiego Ośrodka Zdrowia i Opieki Społecznej, zrzeszenie zarejestrowane w Krakowskim Urzędzie Wojewódzkim i oparte na zatwierdzonym przez Władzę statucie, którego zadaniem jest dostarczanie Ośrodkowi Zdrowia jak najszerzej pojętej pomocy, a przede wszystkim pomocy natury materialnej, której wobec stałego wzrostu biednych, a tym samym zwiększania się agend Ośrodka Zdrowia tenże Ośrodek coraz więcej potrzebuje.

Starania młodego zespołu, jakim jest wspomniane Koło Przyjaciół nie zdołały nawet w części pokryć zapotrzebowania pierwszorzędnej placówki sanitarno-społecznej, jaką jest Ośrodek Zdrowia. Przyczyny tego ujemnego stanu rzeczy szukać by należało przede wszystkim w zupełnej niewiadomości lub w bardzo niedokładnej znajomości przez szerokie warstwy naszego miejscowego społeczeństwa, bardzo zresztą czułego na niedolę ludzką, a zwłaszcza na nędzę i niedolę najnieszczęśliwszych z nieszczęśliwych (dzieci), o istnieniu lub działalności Ośrodka Zdrowia.

W czerwcu b r. odbędzie się w sali Towarzystwa Lekarskiego (ul. Radziwiłłowska Nr 4, I p.) Walne Zebranie członków Koła Przyjaciół U. O. Z., na którym osoby pragnące się bliżej zapoznać z doniosłością pracy Ośrodka Zdrowia znajdą ku temu najlepszą sposobność, jak niemniej do zapisania się na członków Koła Przyjaciół, w którym minimalna wkładka miesięczna wynosi zaledwie 50 groszy.

Wychodźctwo z Polski zwiększyło się w pierwszych miesiącach 1937 roku. Największe wzmożenie wychodźctwa dotyczy Francji (przy czym repatriacja ustała już prawie zupełnie) dalej Argentyny i Brazylii. Zmniejszyło się natomiast wyraźnie w porównaniu z latami poprzednimi wychodźctwo do Palestyny. (Wiad. Stat. 14. 1937).

Ilość samochodów i innych pojazdów mechanicznych w Polsce na dzień 1. IV. 1937 r. wynosiła 37.387 (na 10.000 mieszkańców przypada 8 sztuk). Największa ilość pojazdów mechanicznych przypada na m. Warszawę, potem idą województwa: poznańskie, śląskie i pomorskie. Inne posiadają znacznie mniej. (Wiad. Stat. 14. 1937).

Ludność Polski według spisu ludności z dnia 9. XII. 1931 r. wynosiła 31,915.800 osób, z tego kobiet 16,488.300, mężczyzn 15,427.500. Mężczyzn w wieku od 15—49 lat było 7,794.700. Język ojczysty polski podało 68.9% mieszkańców, ukraiński 10,1, żydowski z hebrajskim 8,6, ruski 3,8, białoruski 3,1, niemiecki 2,3, „tutejszy" 2,2, rosyjski 0,4, litewski 0,3, czeski 0,1, inny i niewiadomy 0,2. (Wiad. Stat. 13. 1937).

Komunikaty:

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia o przyznaniu następujących nagród i zapomóg konkursowych: a) Z funduszu im. małż. Sieragowskich następującym osobom: 1. Prof. Dr Edwardowi Lothowi; 2. Dr Kazimierzowi Neugebauerowi; 3. Dr Józefowi Steinowi za całokształt prac z dziedziny biologii i medycyny doświadczalnej. b) Z funduszu im. dra Feliksa Sommera: Prof. Dr Władysławowi Melanowskiemu za pracę pt.: „Higiena i ochrona narządu wzroku".

X Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy, który miał się odbyć we wrześniu roku ubiegłego w Lizbonie, lecz został odłożony, odbędzie się w roku bieżącym w Lizbonie w dniach od 5—9 września 1937 roku. Program Zjazdu obejmuje trzy tematy główne: Temat I. Biologiczny: „Obrazy radiologiczne wnęki płucnej i ich interpretacja". Referent główny prof. Lopo de Carwalho (Portugalia). Koreferenci: prof. dr H. Kleinschmidt (Niemcy), dr L. Hofbauer (Austria), dr H. C. Sweany (Stany Zjedn. A. P.), prof. E. Sergent, dr L. Delherm i dr P. Cottenot (Francja), dr W. T. Munro (Wielka Brytania), prof. A. Busi (Włochy), dr L. Koganas (Litwa), prof. W. Zawadowski (Polska), dr A. Hoffman (Czechosłowacja). — Temat II. Kliniczny: „Pierwotne zakażenie gruźlicze u młodzieży i dorosłych". Referent główny dr Olaf Scheel (Norwegia). Koreferenci: dr Redeker (Niemcy), prof. L. Sayé i dr Tapia (Hiszpania), dr R. E. Plunkett (Stany Zjedn. A. P.), dr J. Troisier (Francja), dr L. S. T. Burrel (Wielka Brytania), dr G. Gali (Węgry), dr S. Iri-

mescu i dr M. Nasta (Rumunia), dr Y. Nadelkovitsch (Jugosławia), dr H. Ernberg (Szwecja). — Temat III. Społeczny. „Zapobieganie gruźlicy w środowisku domowym". Referent główny: dr Ch. J. Hatfield (Stany Zjedn.), dr A. Powell (Wielka Brytania). Koreferenci: dr Braeuning (Niemcy), dr Willems (Belgia), dr Savonen (Finlandia) dr P. Braun i dr A. Bezançon (Francja), prof. G. Breccia (Włochy), dr N. Heitmann (Norwegia), dr H. R. Gerbrandy (Holandia), dr J. Misiewicz (Polska), dr L. Patricio (Portugalia), dr J. Morin (Szwajcaria). — Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, rzeczywiści i tytularni są wolni od wpisowego na Zjazd. Osoby, nie będące członkami Międzynarodowego Związku mogą także wziąć udział w Zjeździe, pod warunkiem wpłacenia 200 escudos portugalskich (58 zł) od członka konferencji oraz 90 escudos (28 zł) od członka rodziny. Zgłoszenia zarówno członków rzeczywistych, tytularnych i zwykłych członków Zjazdu winny być składane, wraz z wpisowym, do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (Warszawa, Karowa 31), do dnia 30 czerwca r. b. najpóźniej. Kandydaci na wyjazd do Lizbony są proszeni o dotrzymanie nieodwołalnie tego terminu, ponieważ dopiero po zebraniu zgłoszeń Polski Związek Przeciwgruźliczy może przystąpić do starań o paszporty i ulgi na kolejach polskich.

Wzorem lat ubiegłych Italski Faszystowski Związek Przeciwgruźliczy oddaje do dyspozycji Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego sześć stypendiów dla studiów gruźlicy w Instytucie „Carlo Forlanini" w Rzymie. Stypendia te, w wysokości 2.000 lirów każde, wraz z mieszkaniem i całkowitym utrzymaniem, mają za zadanie ułatwić lekarzom zagranicznym staż w Instytucie. Staż trwa od 15 listopada do 15 lipca, tj. osiem miesięcy, ze zwykłą przerwą wakacyjną. Mieszkanie w Instytucie obowiązuje. Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendiów mają lekarze młodsi, ale już obeznani z zagadnieniem gruźlicy i pragnący wydoskonalić się w tej dziedzinie. Rodzaj prac w Instytucie będzie ustalony w porozumieniu między kandydatem i dyrektorem Instytutu. Prawo pierwszeństwa do ogłaszania prac posiada Biuletyn Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego. Stypendia będą przyznane na posiedzeniu Komitetu Wykonawczego Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego we wrześniu r. b. w Lizbonie. Lekarze chcący ubiegać się o stypendia w Instytucie „Carlo Forlanini" powinni zgłosić swą kandydaturę do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Warszawa, ul. Karowa 31, najpóźniej do dnia 30 czerwca 1937 r. z podaniem: 1) nazwiska i imienia, 2) życiorysu, ze szczególnym uwzględnieniem przebiegu pracy lekarskiej, 3) wykazu ogłoszonych prac naukowych, o ile możliwe z załączeniem tych prac. Kandydatury zgłaszane inną drogą nie będą rozpatrywane.

Konkurs wśród lekarzy-społeczników.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozpisuje konkurs na pamiętnik lekarza społecznego. Lekarz najlepiej widzi potrzeby szerokich mas, bo przed jego wzrokiem roztacza się nie tylko przebieg choroby człowieka, ale i jego życie. Zadaniem konkursu jest wykazać: I. wagę, jaką mają ubezpieczalnie społeczne, II. trudności, które napotykają, III. atmosferę psychiczną, w której pracuje lekarz społeczny i jej przeobrażenia, IV. warunki pracy lekarza.

Ad I. Będzie tu miało między innymi wielkie znaczenie wykazanie na przykładach konkretnych, z praktyki wziętych, jak wielkim i niezastąpionym dobrodziejstwem dla świata pracy są ubezpieczenia społeczne. A więc — obraz rodziny, nawiedzionej przez chorobę, — sylwetka chłopca, dźwigającego się na kursach wieczorowych itp. ku wyższej formie życia i choroba, która by przecięła ten pęd, gdyby nie pomoc społeczna; zabiegi specjalne, stawiające chorego na nogi; ratowanie dzieci przez izolację; możność walki z chorobami wenerycznymi; szpital i chory itd.

Ad II. Będzie tu możliwe wykazanie zgubnego wpływu wyłomu w zasadzie powszechności. Ginące życia nieubezpieczonych, na co lekarz nie może poradzić. Wykazanie, jak odbiło się na poszczególnych egzystencjach ludzkich wyłączenie np. robotników rolnych z ubezpieczeń społecznych. Zahamowania, wyłaniające się np. wskutek nadmiernej ilości chorych, trudności mieszkaniowych, lokomocyjnych itd.

Ad III. Należy zwrócić uwagę na nieufność, znachorstwo, pieniactwo, z którymi walczy lekarz oraz doświadczenia lekarza domowego z symulantami i „wiecznie" leczącymi się. Należy odmalować stosunek do wielkiego dzieła społecznego, jakim są ubezpieczenia — inteligencji. Wreszcie chodzi o zwrócenie uwagi na fakty i skutki nieświadomości ubezpieczonych co do swych praw lub nieumiejętności korzystania z uprawnień świadczeniowych. Z drugiej strony należy podkreślić dowody uznania dla ubezpieczeń ze strony ubezpieczonych, kiełkujące objawy zrozumienia solidaryzmu społecznego, które są coraz częstsze. W pamiętniku lekarza domowego mogłyby również znaleźć się jego obserwacje społeczno-obyczajowe.

Ad IV. Można dać obraz życia lekarza społecznego. Ilość pracy twórczej, dającej zadowolenie i ilość niezbędnej pracy formalnej. Specjalnie cieszące poczucie lekarskie fakty skutecznej pomocy. Czy system lekarza domowego, nie zaś lekarza z wyboru, jest istotnie tak ostry, jak się pewnym kołom inteligencji wydaje? Trudności psychiczne u nieprzygotowanych należycie pod względem ubezpieczeniowym chorych, wyzysk przez nich czasu i sił lekarza i odwrotnie — objawy zrozumienia i wdzięczności. Rola lekarza, wybiegająca poza zakres jego obowiązków (zna różne tragedie, interweniuje nie tylko jako lekarz, budzi przez to zaufanie i wdzięczność: były już liczne tego rodzaju wypadki). W pamiętniku mogłaby być opisana rola lekarza w akcji zapobiegawczej (lekarz domowy, jako nauczyciel domowy), nadto — poruszona sprawa dokształcania lekarzy domowych w dziedzinie medycyny społecznej. Wreszcie w pamiętniku tym winny znaleźć wyraz zasadnicze dezyderaty lekarza domowego.

Forma prac. Tych kilka punktów powyżej zostało podanych przykładowo. Ani nie wyczerpują tematu, ani odwrotnie, nie jest konieczne, aby praca konkursowa poruszała te wszystkie punkty. P. P. lekarze nie są zupełnie skrępowani ani w wyborze tematu, ani w jego rozplanowaniu, ani w formie a) dziennik-pamiętnik, z dnia na dzień, b) luźne opowiadania, c) poklasyfikowanie materiału wg treści, ani w objętości. Pożądane jest tylko, aby praca zawierała możliwie dużo danych konkretnych, wypadków realnych z praktyki. Forma literacka nie obowiązuje. Pożądane jest jednak, aby opisywane jednostki i zdarzenia były podane w formie opisowej ze szczegółami ubocznymi (wygląd, sposób mówienia, otoczenie, tło domowe itp.) tak, aby czytelnik miał podany obraz plastyczny. Wszelkie środki literackie — dialog, opis przyrody, metafora, porównanie, cytaty z dzieła literackiego — są dopuszczalne. Niedopuszczalne jest tylko — oczywiście — zmyślenie samego faktu głównego, dookoła którego obraca się treść opowiadania. Podawanie dat, miejscowości, faktów, fotografij i nazwisk (o ile na to pozwala tajemnica zawodowa) bardzo pożądane.

Prace nadesłane będą honorowane dwojako: a) Nagrody: I nagroda 2.000 zł, — II nagroda 1.000 zł, — III nagroda 750 zł, — IV i V nagroda po 500 zł, VI, VII, VIII, IX i X nagroda po 250 zł. Ponadto będzie przyznanych 10 wyróżnień. b) Prace nagrodzone i nienagrodzone, zakwalifikowane do wydania książkowego, bez ograniczenia nakładu, będą ponadto honorowane po 100 zł za arkusz, prace zaś drukowane w całości lub w wyjątkach w prasie — niezależnie od ilości pism — po 15 gr za wiersz 40-literowy.

Termin i sposób nadsyłania. Termin nadsyłania — 1 kwiecień 1938 r. Za względu na to, że materiał, oparty na faktach, będzie na tyle przejrzysty, że pozwoli domyślać się autorstwa, — uważa się za zbyteczne podawanie nazwisk w zamkniętej kopercie, oznaczonej godłem. Natomiast można zastrzec, że praca ma być drukowana pod pseudonimem.

Skład jury: Przewodniczący: *Gen. dr Rouppert Stanisław,* Przewodn. Rady Naukowo-Lekarskiej ZUS. *Prof. dr Czubalski Franciszek,* Prorektor Uniw. J. Piłsudskiego, czł. Rady Naukowo-Lekarskiej ZUS. *Dr Gądek Stanisław,* Redaktor Nowin Społeczno-Lekarskich. *Dr Kaszubski Tadeusz,* Chirurg, Lekarz Ubezp. Społ. w Warszawie. Członek Rady Naukowo-Lekarskiej ZUS. *Dyr. Sasorski Stanisław,* Sekretarz Generalny ZUS. *Dr Szumski Jan,* Stały Sekretarz Rady Naukowo-Lekarskiej ZUS. *Red. Melchior Wańkowicz,* doradca akcji popularyzacyjnej ZUS. *Dr Wąsowicz Stanisław,* Dyrektor Działu Lecznictwa ZUS. *Dr Zamecki Stanisław,* Naczelny Lekarz Z. U. w Warszawie.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.